

Detección precoz de depresión en personas mayores de 65 años

Trabajo de fin de grado



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Autora: Ainhoa Cabrerizo Idiazabal

Directora: Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Grado de enfermería

Facultad de Ciencias de la salud UPNA

Curso académico 2019/2020

Resumen

Aunque la depresión es uno de los problemas mentales más comunes en personas mayores de 65 años, no se identifica adecuadamente. Este trastorno afectivo y del humor produce alta morbilidad, mortalidad e impacto económico. El objetivo de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica para conocer los factores de riesgo de depresión y la clínica que puede presentar una persona anciana deprimida, para así poder identificar los momentos que puedan tener un papel importante en la aparición y disminuir el infradiagnóstico. El diagnóstico puede verse dificultado por la coexistencia de otras patologías en esta edad y por la normalización de los acontecimientos de la vejez como inevitables. Con este motivo, queremos dotar a enfermería, por el contacto que tiene con este grupo etario, de una herramienta sencilla y útil que le ayude en la identificación precoz de la depresión en personas mayores de 65 años.

Palabras clave: depresión en ancianos, infradiagnóstico, enfermería, escala de Yesavage

Número de palabras: 13.576 palabras.

Abstract

Although depression is one of the most common mental problems in people over 65, it is not properly identified. This affective and mood disorder produces high morbidity, mortality and economic impact. The objective of this project is to carry out a bibliographic search to find out the risk factors of depression and the clinic that can present a depressed elderly person, in order to be able to identify moments that may play an important role in the onset and reduce under-diagnosis. The diagnosis can be hampered by the coexistence of other pathologies at this age and by the normalization of old-age events as inevitable. For this reason, we want to equip nurses, due to the contact they have with this age group, with a simple and useful tool to help them in the early identification of depression in people over 65 years of age.

Keywords: Elderly depression, infradiagnosis, nursing, Yesavage scale

Word count: 13.576 words

ÍNDICE

1. TEMA	4
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	6
4. METODOLOGÍA.....	7
5. RESULTADOS	10
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	10
ENVEJECIMIENTO	12
DEPRESIÓN	14
SIGNOS Y SÍNTOMAS	16
FACTORES DE RIESGO	17
DIAGNÓSTICO	23
ESCALA DE YESAVAGE	26
DIAGNÓSTICO SEGÚN ETIOLOGÍA	27
INFRADIAGNÓSTICO	33
DEPRESIÓN Y SUICIDIO	35
6. DISCUSIÓN.....	37
7. CONCLUSIONES	39
8. PLAN DE ACTUACIÓN	40
INTRODUCCIÓN	40
OBJETIVO	42
MATERIALES Y MÉTODOS.....	44
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PLAN	52
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS PERTINENTES.....	53
10. AGRADECIMIENTOS.....	54
11. BIBLIOGRAFÍA	55
12. ANEXOS	62

1. TEMA

Detección precoz de depresión en personas mayores de 65 años en la Comunidad Foral de Navarra.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Es un hecho que la población mundial está envejeciendo a paso de gigante; esto se debe, entre otras causas, al aumento de la esperanza de vida. Se estima que entre 2015 y 2050 la proporción mundial de mayores de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. Aunque el envejecimiento sea un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, supone un gran reto para la sociedad, ya que debe adaptarse para mejorar la salud y la capacidad funcional de las personas mayores (1).

Debemos comprender el envejecimiento como consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares que han ido ocurriendo a lo largo del tiempo. Esto conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, aumentando así el riesgo a padecer alguna enfermedad. Estos cambios sufridos no tienen por qué ser lineales y uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años puede ser relativa. Además de los cambios biológicos mencionados, el envejecimiento también está vinculado con otras transiciones en la vida, como son la jubilación, la discapacidad, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos o pareja (2).

Aproximadamente un 20% de personas con más de 60 años sufren algún trastorno mental o neural, y el 6,6% de las discapacidades a partir de esa edad se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan a un 17,4% de años vividos con discapacidad. Además, es importante destacar que la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en esta fase de la vida (2).

La depresión es un trastorno mental común que tiene una alta morbilidad, mortalidad e impacto económico y que la OMS define como “distinta de las variaciones habituales

del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” (3). La sintomatología puede deberse a diversas causas: la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, psicológicos y sociales. La principal característica de la depresión es la alteración del estado de ánimo y del afecto (4).

Según la OMS, 1 de cada 5 personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida. Este trastorno del estado de ánimo tiene una elevada prevalencia entre los mayores de 65 años que viven en la comunidad y puede alcanzar cifras entre 2% y 15%; los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia del 2%, pero cuando se analiza la presencia de sintomatología afectiva, la prevalencia llega hasta el 15%. En pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión es de 15%-40% y se eleva hasta un 10%-50% en los ancianos institucionalizados. El motivo de que los porcentajes de prevalencia sean tan amplios, se debe a la discrepancia en el uso de diferentes métodos diagnósticos, donde pueden variar los factores de riesgo y las zonas geográficas y las situaciones socioeconómicas son diferentes. La incidencia de la depresión es de 1,3 a 1,8 por mil para población mayor de 65 años (5).

El riesgo de recurrencia, entendiéndola como riesgo de recurrencia a un episodio clínico separado del previo por más de 6 meses, de depresión en pacientes ancianos alcanza cifras del 61%. Cabe destacar que el porcentaje de cronicidad de la depresión en personas ancianas alcanza el 35%. Ambos indicadores aumentan en pacientes geriátricos; esto podría explicarse también por la influencia que tienen otras situaciones como pueden ser enfermedades, incapacidad funcional y deterioro de la situación social (5).

La Atención primaria, siendo el primer escalón del sistema sanitario, debería diagnosticar y tratar la depresión en personas ancianas. Al igual que Atención Primaria, las residencias de ancianos son un servicio sociosanitario que trata de forma directa a personas mayores de 65 años, por lo que también debería identificar y tratar esta patología.

Muchas veces los síntomas de la depresión pasan desapercibidos y no se tratan porque se enmascaran con otros problemas que pueden experimentar las personas ancianas. Además, es importante destacar que no se reconocen los problemas de salud mental

en su total dimensión, ni por el personal sanitario ni por los mismos ancianos, y el estigma que existe con las enfermedades mentales no favorece a que las personas afectadas acudan a buscar ayuda (2). Este grupo etario tiene unas necesidades específicas y es imprescindible dotar a los profesionales sanitarios con herramientas que ayuden a prestar atención y cuidados a las personas ancianas, para ello es necesario crear servicios y entornos que favorezcan a estas personas (3).

Desde las instituciones sanitarias, no podemos permitir que este grupo etario viva sus últimos años dominado por la discapacidad física y mental, porque tendrá implicaciones negativas tanto para las personas que lo padecen como para la sociedad en conjunto (1). Es importante identificar a los pacientes vulnerables, y para ello es esencial conocer los factores de riesgo como enfermedades orgánicas, pérdidas y acontecimientos estresantes (5).

3. OBJETIVOS

Objetivos principales:

- Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los factores de riesgo de la depresión en ancianos.
- Proporcionar a enfermería herramientas para el diagnóstico precoz de depresión en la vejez.

Objetivos secundarios:

- Conocer la repercusión que tiene el infradiagnóstico de depresión en los últimos años de vida.
- Saber identificar momentos de la vida que pueden ser factores de riesgo.
- Saber detectar signos y síntomas de la depresión en la vejez.

4. METODOLOGÍA

Inicialmente se realizó una búsqueda de información general sobre el tema para conocer qué publicaciones existen, cuáles son los conceptos esenciales que se deben conocer y qué aspectos se analizan.

Para la estrategia de búsqueda, me he planteado qué quería saber sobre el tema. Nos hemos centrado sobre todo en factores de riesgo, en aspectos del diagnóstico y la detección de la depresión en ancianos.

Se han seleccionado varias bases de datos para realizar la búsqueda bibliográfica. Las más destacadas son: google académico, Sirius y Scielo. Además de estas bases, se han usado otras fuentes que han resultado útiles.

Han sido utilizados sobre todo artículos de revistas, libros, revisiones, guías, prensa... La mayoría están en lengua castellana, pero la búsqueda se amplió al inglés y al portugués.

La búsqueda bibliográfica en internet se ha realizado en base a una revisión de la literatura disponible a partir del año 2015. Y la búsqueda de libros ampliamos la búsqueda hasta el año 2010.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron:

- Título y resumen relacionados con el objeto de estudio.
- Idioma: español, inglés o portugués.
- Para la literatura obtenida por internet, que fuesen publicados a partir del año 2015; y para la literatura obtenida mediante libros, a partir del año 2010.

Base de datos	Búsqueda	Resultados	Usados
Google académico	depresión Y geriatría Y escala A partir de 2015	5120	5
Sirius	depresión Y ancianos OR adulto mayor Y jubilación A partir de 2015	24	3
Sirius	depresión Y ancianos OR adulto mayor Y factores de riesgo Y españa A partir de 2015	1	1
Sirius	depresión Y ancianos OR adulto mayor Y síntomas Y diagnóstico A partir de 2015	20	2
Wiley Online Library	depression AND old-age A partir de 2015	24	2
Scielo	depresión Y anciano A partir de 2015	11	2
Pubmed	Depresión Y anciano Y aislamiento A partir de 2015	16	2

Tras analizar los resultados obtenidos, realizamos una segunda búsqueda bibliográfica para completar los objetivos que estaban fijados.

Los criterios de inclusión fueron:

- Título y resumen relacionados a un subapartado del objeto de estudio
- Idioma: español, inglés o portugués
- Artículo disponible en internet
- Publicados a partir del año 2010

Ampliamos el número de artículos usados.

Bases de datos	Búsqueda	Usados
Google académico	Depresión Y suicidio Duelo patológico Y depresión A partir del 2010	+1 +1
Scielo	Duelo patológico A partir del 2010	+1
Dialnet	Depresión de aparición tardía A partir del 2010	+1
Pubmed	Coronavirus Y aislamiento	+2

OTRAS FUENTES

OMS- Organización Mundial de la Salud.

Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Navarra.es Servicio Navarro de Salud.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Fisterra

Elsevier

Pamplona InPactos

Revista Psiquiatría.com

Revista NPunto

5. RESULTADOS

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Pirámide de población de Navarra

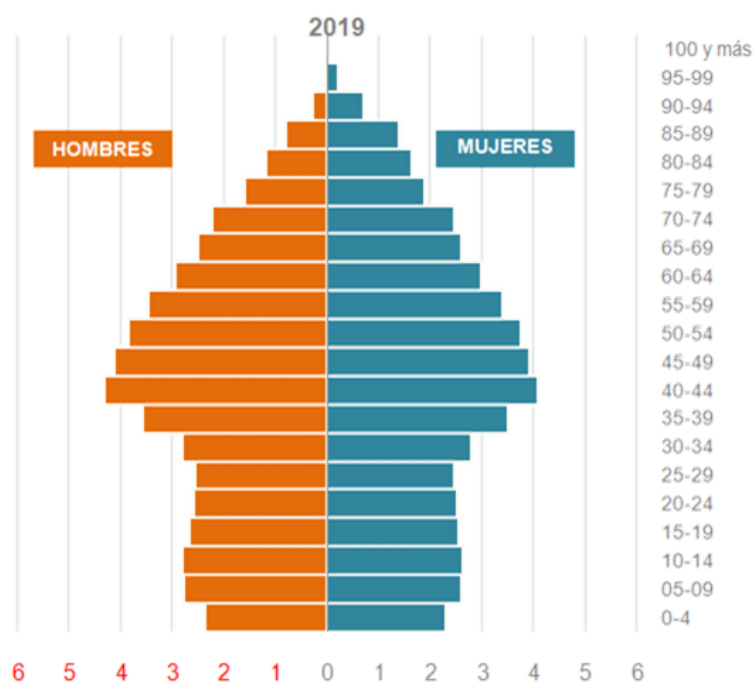


Fig. 1 fuente: Instituto de Estadística de Navarra (6).

En el año 2019 en Navarra según el Instituto Nacional de Estadística el 19´6% de la población (128.391) fueron personas mayores de 65 años; de las cuales el 55´9% eran mujeres (71.776) y el 44´1% hombres (56.615 (7).

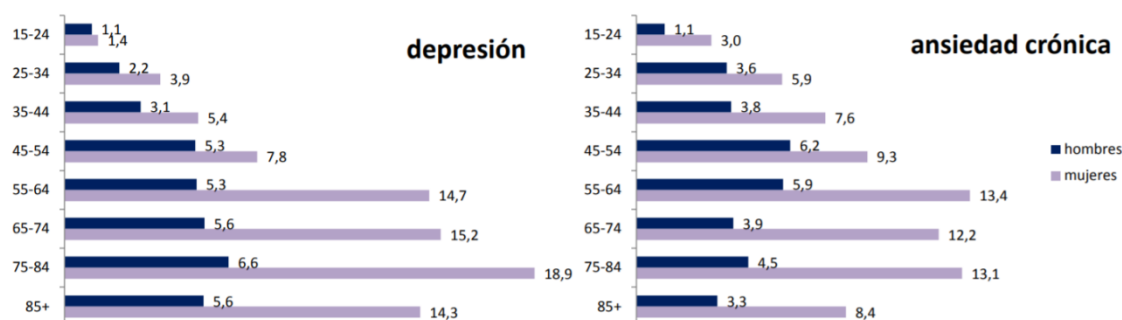
Esperanza de vida al nacimiento

	2018
Navarra	
Ambos sexos	84,16
Hombres	81,47
Mujeres	86,83

Tabla 1. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (8).

Problemas mentales en el adulto mayor

Prevalencia de depresión y prevalencia de ansiedad crónica* en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017. ENSE, MSCBS/INE



*padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico

Fig.2 fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017. Salud Mental (9).

Los datos obtenidos de la Comunidad Foral de Navarra muestran que los problemas de salud mental más comunes son la ansiedad, trastorno del sueño y la depresión. En la siguiente gráfica se muestran los porcentajes de estas enfermedades en el año 2017 (10).



Fig. 3 fuente: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023 (10).

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es la última etapa del desarrollo de la vida, donde se observan cambios visibles en respuesta al paso del tiempo (11) y donde cambian las formas de vida y de pensamiento de las personas mayores. Ser mayor es envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados (12).

El concepto de la vejez se relaciona a cuatro edades. La primera es la que se refiere al número de años cumplidos; a esta le sigue la biológica, que es la determinada por el envejecimiento de los sistemas y tiene relación directa con las enfermedades crónicas y degenerativas; la siguiente es la psicológica, que expresa las competencias conductuales y de adaptación en el día a día; y por último, la edad social que es la que se refiere a los roles que la persona desempeña socialmente. La vejez se relaciona normalmente a la edad en años y a la biológica, dejando de lado la psicológica y la social (13).

La vejez biológica o el envejecimiento, trae consigo cambios morfológicos y fisiológicos en todos los aparatos, y el conocerlos nos puede ayudar a entender las diferentes patologías que pueden aparecer en los adultos mayores (14)

TABLA 2. CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO		
	Cambios morfológicos	Cambios funcionales
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de matriz colágena en túnica media• Pérdida de fibras de elastina.• Hipertrofia cardíaca• Disminución de cardiomiocitos y aumento de matriz extracelular	<ul style="list-style-type: none">• Rigidez vascular y cardíaca.• Mayor disfunción endotelial.• Volumen expulsivo conservado.• Mayor riesgo de arritmias.
Renal	<ul style="list-style-type: none">• Adelgazamiento de la corteza renal• Esclerosis de arterias glomerulares.	<ul style="list-style-type: none">• Menor capacidad para concentrar orina.• Menores niveles de renina y aldosterona.

	<ul style="list-style-type: none"> • Engrosamiento de membrana basal glomerular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor hidroxilación de vitamina D.
Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> • Menor masa cerebral. • Aumento líquido cefalorraquídeo. • Mínima pérdida neuronal, focalizada. • Cambios no generalizados de arborización neuronal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor focalización actividad neuronal. • Menor velocidad de procesamiento. • Disminución memoria de trabajo. • Menor destreza motora.
Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de masa muscular. • Infiltración de grasa 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de fuerza. • Caídas, fragilidad.
Metabolismo Glucosa	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de grasa visceral. • Infiltración grasa de tejidos. • Menor masa de células beta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor producción adipokinas y factores inflamatorios. • Mayor resistencia insulínica y diabetes.

Tabla 2. Extraída de Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento (14).

Centrándonos un poco en el envejecimiento cerebral, como en la mayoría de aparatos, el sistema nervioso central sufre múltiples cambios morfológicos y funcionales. Durante muchos años se ha asociado el envejecimiento con una pérdida importante y generalizada de neuronas corticales. Sin embargo, datos más actuales establecen que la pérdida de neuronas asociada al envejecimiento es mínima y no generalizada. Esta pérdida se concentra en regiones delimitadas. Lo mismo ocurre con la arborización y número de espinas sinápticas de las dendritas (14).

Se describe un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información y una disminución de la capacidad para cambiar el foco de atención. Cabe destacar que existe gran variabilidad entre sujetos y se plantea que la disfunción pueda deberse al deterioro de la memoria (14)

Como se refleja en la tabla, el sistema muscular también se ve afectado, provocando fragilidad y caídas entre otros. La funcionalidad es la capacidad que se tiene para llevar a cabo de forma efectiva las actividades de la vida diaria y está ligado, en parte, al

sistema muscular (15). La dependencia funcional, conocida como la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria debido a la pérdida de autonomía (16), es un gran problema de salud en la vejez y está muy relacionado con la mortalidad, discapacidad, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, problemas sociales y pobre calidad de vida (15).

El envejecimiento puede afectar de forma variable a cada individuo en lo respectivo a la cognición, la memoria, la inteligencia y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental no se pueden atribuir al envejecimiento en sí, y muchas veces son resultado de la enfermedad. La disminución de la capacidad mental o la disminución del rendimiento se relaciona con la edad, pero a veces se debe a problemas tratables (17).

Es importante recalcar que la depresión no es un proceso natural del envejecimiento, es una enfermedad mental (18). Los cambios afectivos que pueden aparecer en el envejecimiento no se deben psiquiatrizar (19).

DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración durante un mínimo de dos semanas (3).

El trastorno depresivo único se caracteriza por la presencia de un episodio depresivo sin antecedentes de haber sufrido otro cuadro anterior, y el trastorno depresivo recurrente es caracterizado por la existencia de antecedentes: al menos dos episodios con una separación entre ellos de 6 o más meses (20). El riesgo de recurrencia en pacientes ancianos alcanza cifras del 61% (5).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) cataloga la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (21).

Analizando la depresión desde la gravedad, la depresión mayor se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que se realizan, cambios en la pérdida o ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Se considera la depresión menor cuando se tienen solo dos síntomas de los anteriormente mencionados (18).

La clasificación de la American Psychiatric Association (DSM), divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave (21), dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas. En una depresión leve, el paciente puede presentar alguna dificultad para seguir con sus actividades diarias, aunque probablemente no las suspenderá del todo. En cambio, en un episodio grave, el paciente no será capaz de mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas (3). Los casos que aparecen como formas leves o menores muchas veces son consideradas subsindrómicas pero pueden generar un importante sufrimiento en el anciano (22).

Un estudio que trata sobre la estabilidad y la transición de los subtipos de depresión en la vida tardía hizo el seguimiento de 111 personas ancianas diagnosticadas de depresión mayor para indagar más en los posibles subtipos. El estudio dio como resultado la identificación de 2 subtipos. El primero fue el melancólico, que se caracterizó por una disminución de apetito y peso, y el segundo subtipo es el atípico, que se caracterizó por un aumento de apetito y peso. La prevalencia del subtipo melancólico era de 80,2% al inicio del estudio y de 62,2% al final del estudio (23).

La conclusión principal que sacó este estudio de la transición de los subtipos de depresión en la vida tardía, fue que existen diferentes subtipos, pero que los síntomas pueden verse distorsionados debido a la sintomatología de otras patologías coexistentes en sujetos ancianos (23).

Profundizando más en el subtipo más prevalente, la depresión mayor con melancolía es una variante que se caracteriza por una llamativa disminución de la capacidad para obtener placer y falta de reactividad a estímulos placenteros. En los ancianos muchas veces las depresiones se asocian a la melancolía, debido a momentos vitales

específicos que están viviendo. En estos casos se da la tendencia al aislamiento y al abandono en sí mismos (22).

El trastorno afectivo bipolar es un tipo de patología que consiste en padecer episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal, de modo que en estos casos se debe realizar una distinción entre personas con y sin antecedentes de episodios maníacos (3).

Los estudios realizados hasta ahora indican que un adecuado diagnóstico y tratamiento hace que la depresión en ancianos tenga el similar pronóstico que en adultos más jóvenes (24). Además, es importante recalcar que la depresión en sí puede generar más estrés y disfunción, lo cual podrá incidir en su situación vital empeorando el cuadro de depresión y la calidad de vida de la persona anciana (3).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La clínica en la depresión de inicio tardío no se diferencia mucho de la depresión de inicio en edades más tempranas, pero debemos reconocer que hay diferencias en la sintomatología ya que esto va a ayudar a la detección precoz y a la instauración de un tratamiento adecuado (25). Para distinguir los cambios patológicos de los fisiológicos, debemos centrarnos en la persistencia de la clínica, su gravedad y el grado de deterioro, ya sea funcional o social, que crea en el paciente (20).

Los signos físicos más frecuentes de un trastorno depresivo en personas mayores de 65 años son el aspecto descuidado, pérdida de peso, sueño inquieto, postura inmóvil, marcha y movimientos lentos, expresión triste, impactación fecal y ulceración en la córnea secundaria a una disminución del parpadeo. En cambio, los signos psíquicos más frecuentes son la tendencia al aislamiento, confusión, variaciones del humor, alteración de la conducta, crisis de llanto o gemidos, falta de cooperación, negativismo, hostilidad, episodios de agresividad e intentos suicidas (24).

Una depresión se puede caracterizar por un bajo estado de ánimo, la pérdida de interés o placer, la disminución de energía, aparición de sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y/o del apetito y mala memoria (18).

Existen diferencias en la clínica entre la depresión en el anciano y la depresión en adultos más jóvenes. En las personas ancianas existe mayor presencia de ansiedad y síntomas hipocondríacos, con menor expresión de tristeza, mayor nivel de ideación suicida y repercusión funcional (25). Además, es común la agudización de patología previa (17). También puede cursar con ideas delirantes, alucinaciones auditivas, dificultad de concentración, mala memoria, síntomas físicos y volitivos (24).

Como ya hemos comentado, la depresión en personas ancianas puede presentarse de forma atípica en comparación con la de los adultos (24), se puede manifestar con síntomas somáticos, afectivos y cognitivos. Esto implica que existe una afectación global de la vida psíquica y física de las personas que padecen una depresión (20). Varios expertos que participaron en la segunda edición del consenso sobre la Depresión en el Anciano de la Sociedad Española de Psicogeriatría sostienen que en la vejez existe una tendencia a la aparición de síntomas cognitivos más prominentes, lesiones cerebrales y un mayor riesgo de evolución a demencia (25).

FACTORES DE RIESGO

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre diferentes factores. Todavía no ha sido posible establecer la totalidad de ellos, ni cómo interactúan entre ellos ni cuánto peso tiene cada uno en relación a las circunstancias y el momento de la vida en el que se desarrolla. A pesar de ello, podemos clasificarlos en factores de riesgo: biológicos, psicológicos y sociales. A este grupo podemos considerarlos o llamarlos predisponentes (20). Además, existen también factores precipitantes, de mantenimiento y protectores (22).

La gente que ha pasado por situaciones vitales adversas como por ejemplo el desempleo, luto o traumatismo psicológicos tiene más probabilidad de padecer una depresión (3). Este proceso patológico es común en ancianos porque los factores de riesgo aumentan con la edad. Cabe destacar que estos factores tienen diferente influencia y actúan de diferente manera en cada persona (26).

En la siguiente tabla exponemos varios factores analizando diferentes bibliografías. Aunque muchos factores coincidan, existen diferencias entre ellos.

TABLA 3. FACTORES DE RIESGO (PREDISPONENTES)			
*	BIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIALES
(22)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución serotoninérgica, dopaminérgica y noradrenérgica. • Cambios endocrinos. • Alteraciones en los circuitos frontosubcorticales. • Modificaciones en la amígdala y el hipocampo. • Disfunción microvascular generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas. • Estilos de pensamiento rumiativos. • Pensamientos catastróficos • Personalidad negativa. • Personalidad dependiente. • Personalidad narcisista • Hipocondría 	<ul style="list-style-type: none"> • Soledad y aislamiento. • Disminución del nivel económico y posición social. • Cambios de domicilio e institucionalización. • Impacto de dependencia funcional o discapacidad. • Duelos, pérdidas. • Deterioro personal, autoimagen y autoconcepto dañadas
(20)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas físicas o mentales. • Enfermedades cardíacas o endocrinas. • Factores genéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abusos/traumas de la infancia. • Violencia de género. • Rasgos de personalidad neurótica, trastornos de ansiedad, ataques de pánico 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol/tabaco. • Exposición a adversidades. • Experiencias de discriminación
(5)			<ul style="list-style-type: none"> • Género. • Estado civil. • Nivel educativo. • Apoyo social.

*Tabla 3: Los números corresponden a la bibliografía que se ha usado. Tabla 3 realizada a partir de: Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano (22), Guía clínica de Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico (20) y Depresión en las personas mayores (5).

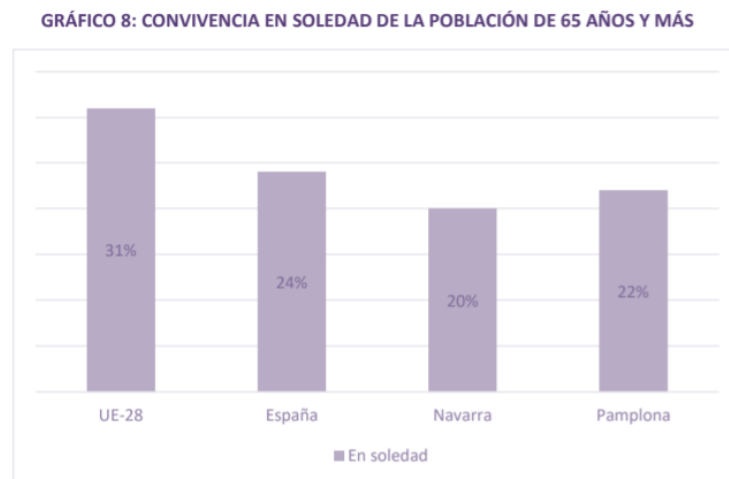
Como se ha comentado anteriormente, en el envejecimiento se producen diversas modificaciones en las estructuras cerebrales las cuales podrían explicar la aparición de sintomatología afectiva (22). Muchas veces los síntomas de otras patologías, como de la demencia por ejemplo, se pueden solapar con las de la depresión (26). No debemos olvidar que el envejecimiento supone la adaptación a una gran cantidad de cambios personales y del entorno; por eso, los condicionantes psicológicos y personales suponen un factor fundamental a la hora de adaptación a los cambios (22).

Cuando los pacientes son institucionalizados en residencias aumenta su vulnerabilidad o el riesgo. La rutina en los centros es más monótona, creando así hastío, aburrimiento y pudiendo desencadenar o descompensar enfermedades (17). También es importante recordar que muchas veces existe deprivación familiar del adulto mayor. Debido a estos factores específicos, la prevalencia de depresión en personas ancianas institucionalizadas aumenta (19).

En 2019 se publicó un estudio que trata sobre de la dinámica temporal de los síntomas de depresión en la vejez y la influencia que pueden tener los factores de riesgo. Este estudio realizó el seguimiento de pacientes con síntomas depresivos durante 18 años y describió la soledad como un factor muy relevante en la aparición de síntomas depresivos, en la recurrencia y en la cronicidad. La soledad no sólo está ligada a la depresión, también lo está al aumento del riesgo de padecer demencia y al aumento de mortalidad. Además de este factor, el estudio añade la fatiga y las alteraciones del sueño como factores importantes y que se deben tener en cuenta (26).

En el citado estudio, el perfil de paciente con más riesgo de padecer un episodio de depresión es el de una mujer viuda, con bajo nivel educativo y de salud, con otras patologías concomitantes y con quejas de fatiga y mal sueño (26).

En el siguiente gráfico vemos los porcentajes de personas mayores de 65 años que vivieron solas en el año 2015 en la Unión Europea, en España, en Navarra y en Pamplona. Es importante recalcar que una persona que vive sola no tiene por qué sentir soledad.



Fuente: Elaboración propia en base a Eurostat: Distribution of population aged 65 and over by type of household (EU-SICL) e INE: Encuesta Continua de Hogares (INE 2015)

Fig. 4 fuente: Personas mayores en Pamplona. Claves para un diagnóstico social (27).

La soledad se define como un malestar emocional que es generado cuando una persona se siente incomprendida y rechazada por otro, o cuando carece de compañía para realizar las actividades que desea, ya sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociadas al “estar solo”, pero la verdadera soledad se asocia al “sentirse solo”. El sentimiento de soledad se puede vincular a la falta de actividad y al aislamiento social, lo que puede desembocar en trastornos afectivos como la depresión (28).

Una persona mayor que deja de ser activa y que se aísla socialmente, probablemente acabará sufriendo un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general. Pero no debemos olvidar que la soledad en el adulto mayor no se relaciona exclusivamente con la depresión, la cual está relacionada también a otros factores de riesgo (28).

Hoy en día se vive una situación de pandemia que ha obligado a nivel global el aislamiento de las personas. Las medidas de cuarentena a gran escala sin precedentes en la mayoría de países, hacen que sea necesario que la población se confine en sus

hogares (29). Esta situación que separa a la gente de sus seres queridos, donde se pierde la libertad y aumenta la incertidumbre sobre la enfermedad, puede ocasionar efectos negativos en la salud. La persona que se mantiene aislada mucho tiempo es significativamente más propensa a reportar agotamiento, desprendimiento de otros, depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio y baja concentración (30).

La dependencia que suele aumentar en la edad adulta también es un factor de riesgo que puede agravar el riesgo de padecer un cuadro depresivo. En la siguiente tabla se observa el grado de dependencia que existía en el año 2016 en personas mayores de Navarra y Pamplona.

TABLA 7: VALORACIÓN-DICTÁMENES GRADO DE DEPENDENCIA (%)

	GRAN DEPENDIENTE	SEVERO	MODERADO	SIN GRADO	NO DEPENDIENTE
Pamplona	19,70	31,00	30,18		19,12
Navarra	12,63	20,96	21,47	21,69	
TOTAL ESTATAL	11,80	15,01	15,38	20,09	

Fuente: Elaboración propia.
 Datos Pamplona. Personas con Valoración Año 2016. Sección de Información y Modernización del Observatorio de la Realidad Social de Gobierno de Navarra.
 Datos Navarra y Estatal. Dictámenes Grados Dependencia. SAAD.

Fig. 5 fuente: Personas mayores en Pamplona. Claves para un diagnóstico social (27).

Los factores precipitantes son los estresantes. Existen acontecimientos vitales que pueden dar sintomatología depresiva, como son por ejemplo la pérdida de seres queridos, las separaciones, la jubilación, enfermedades físicas, pérdida de funcionalidad, una mudanza... No todos los acontecimientos llegarán a ser una depresión pero cada uno de ellos pueden considerarse factores desencadenantes o precipitantes. La mayoría consigue adaptarse adecuadamente a los cambios que conllevan estos acontecimientos vitales, pero un porcentaje no lo consigue (31). La exposición a estas situaciones adversas está relacionado a la aparición de un nuevo cuadro depresivo, pero no se relaciona con la cronicidad del proceso (26).

Un estudio realizado en personas de 75 años o más analizó el riesgo de depresión y los factores de vulnerabilidad en Atención Primaria en una muestra de 290 pacientes. En el estudio se encontró mayor prevalencia de riesgo de depresión a lo esperado en comparación con otros estudios con pacientes y condiciones similares. Coincidiendo

con otros estudios analizados, asocia el riesgo de padecer depresión con el sexo femenino, presencia de enfermedades crónicas y déficit funcional. Además de estos factores, asoció también el padecer cáncer como factor relevante de riesgo (32).

Otro estudio realizado en 2018 que trata sobre la influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos en la depresión de personas adultas, concluyó que el apoyo social percibido por los pacientes tiene una relación significativamente inversa con la depresión: cuando menor es el apoyo, existe mayor riesgo de depresión (33).

En la Encuesta Nacional de Salud que se realizó en España en el año 2017 se mostraron los porcentajes de percepción positiva del estado de salud. Se observa como este porcentaje disminuye a medida que aumentan los años.

Fig. Percepción positiva del estado de salud. Población de 0 y más años. ENSE.

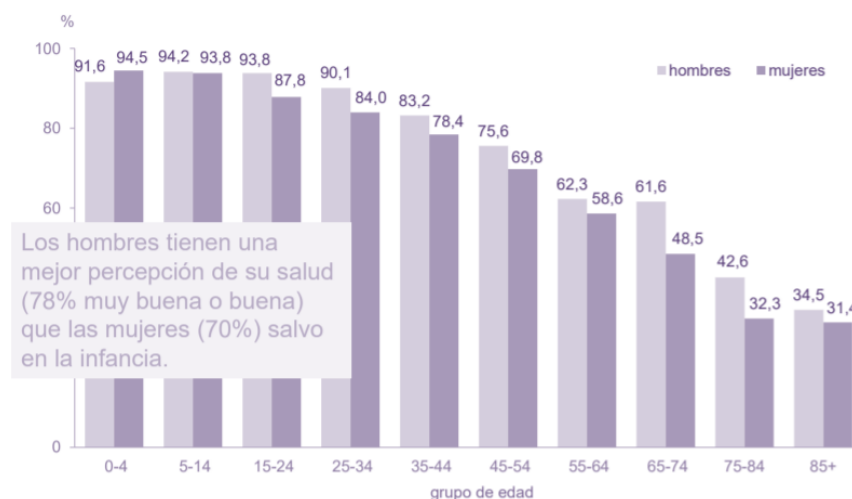


Fig. 6 fuente: Encuesta Nacional de Salud en España 2017 (34).

Existen también los factores de mantenimiento, que son los que se consideran predictivos de mal pronóstico y de resistencia a los tratamientos. Como ejemplo están la personalidad negativa, dependiente o narcisista y la hipocondría (22).

Los factores protectores pueden ser las vivencias previas, el aprendizaje vital, la capacidad de vivir el aquí y ahora y la priorización de las experiencias emocionales positivas (22). Ejemplo de estos factores protectores pueden ser el ejercicio físico e intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento (25).

DIAGNÓSTICO

Para detectar la depresión en el adulto mayor se necesita un instrumento sencillo, de aplicación en tiempo breve y con resultados confiables. El diagnóstico puede ser muy fácil cuando el paciente llega a la consulta, lo menciona y quiere tratarla, o muy difícil como puede ocurrir en muchos casos, debido a la “depresión enmascarada” (18). La depresión puede presentarse de forma aislada, pero en el paciente geriátrico se puede asociar a otros problemas clínicos, pudiendo ser una consecuencia directa de ellas. Esto hace que el diagnóstico sea más difícil y que puedan tener una menor respuesta al tratamiento farmacológico (5).

Como en cualquier patología, una adecuada historia clínica y un examen físico son necesarios para el adecuado diagnóstico (24).

Dentro de la historia clínica debemos incluir la entrevista, que recoge información dada por el paciente pero también por la familia o cuidador/a (24). Para el profesional, la presencia de rasgos clínicos específicos tiene importancia porque le facilita la detección precoz (25). Debemos conocer los antecedentes tanto personales como familiares, indagar en posibles acontecimientos transcendentales que haya podido haber en la vida del paciente o en su entorno, recabar información sobre el consumo de medicamentos y sus hábitos tóxicos, el grado de funcionalidad vital así como la capacidad previa que presentaba el individuo para enfrentarse a dificultades o a adversidades (24).

El diagnóstico de un trastorno depresivo suele comenzar a partir de datos observacionales. Estos son poco específicos, como por ejemplo el deterioro de la apariencia y el aspecto personal, facies tristes, enlentecimiento psicomotriz, disminución del tono de voz, llanto fácil, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño, quejas somáticas inespecíficas, etc. (20).

El profesional sanitario debe realizar una exploración clínica y una exploración neuropsicológica básica para descartar o diagnosticar una depresión mayor (22). En la valoración que se realiza en la consulta, se observa que en casos de depresión las actividades cotidianas de la vida diaria como son la alimentación, el sueño o descanso y el autocuidado están negativamente afectados en mayor o menor medida (18).

Si en una observación rutinaria se observa algún indicador de depresión, se deben realizar 2 preguntas directamente relacionadas con el estado de ánimo y la capacidad de disfrute, para valorar así, la posible existencia de patología depresiva:

- “En el último mes, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado?”
- “En el último mes, ¿ha sentido poco interés o has disfrutado poco haciendo las cosas?” (20).

Para profundizar en la entrevista, se recomienda realizar una exploración completa del estado mental (conciencia, atención, orientación, memoria, afectividad, ideas de muerte, lenguaje, conducta, nivel de energía...) (24).

Respecto al diagnóstico debemos diferenciar el origen del cuadro depresivo (22):

1. Un trastorno depresivo mayor unipolar de aparición tardía.
2. Un cuadro depresivo como señal de un trastorno orgánico cerebral (demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson etc.)
3. Un trastorno depresivo secundario a una enfermedad orgánica.
4. Un trastorno de adaptación secundario a las modificaciones psicosociales y las pérdidas asociadas al envejecimiento (22).

La exploración física es importante porque nos permite analizar el estado cardíaco y respiratorio del paciente, además de posibles trastornos metabólicos, endocrinos, neoplasias o infecciones (24).

Existe debate sobre las pruebas diagnósticas que deben hacerse para el diagnóstico, estas se hacen sobre todo para detectar posibles patologías subyacentes. Muchos expertos afirman que para realizar el diagnóstico, son necesarias pruebas complementarias de laboratorio y una prueba de neuroimagen, y la prueba de elección sería la tomografía computarizada craneal; en cambio, algunos expertos y artículos señalan que esta última no es necesaria y no se debería incluir en todos los procesos diagnósticos de un cuadro depresivo (24),(25).

Los sistemas de clasificación más recientes son la CIE-11 (Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) y el DSM-5 (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders). (25). Con ellos se pueden obtener unos criterios diagnósticos para evaluar la presencia de depresión. Esto no debe sustituir a una entrevista y al juicio clínico, pero pueden usarse para orientar al profesional porque ofrecen criterios consensuados en los que apoyarse. La CIE-10 clasifica la depresión como trastorno del humor o afectivo (F30-F39) (21).

En la actualidad no existen estudios que comparen su efectividad. Normalmente la DSM se utiliza en estudios clínicos y la CIE para la práctica clínica (20). Ninguno de los dos reconoce diferencias entre la clínica de depresión en ancianos y adultos más jóvenes (25). En ambas clasificaciones la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas (21).

Los sistemas de clasificación más utilizados son el DSM-5 y la CIE-10, aunque esta última no sea la más actual. Anexos 1 y 2: CIE-10 y DSM-5

Los criterios usados en estos sistemas de clasificación, no siempre son aplicables a personas mayores. En este grupo etario, los síntomas más frecuentes son los somáticos, como por ejemplo la pérdida de peso, la irritabilidad, la ansiedad o el deterioro en las capacidades funcionales en lugar de humor triste y astenia (17).

Se debe hacer uso de los instrumentos de evaluación de depresión existentes, entre ellos, las escalas de valoración (18). Las escalas tienen como objetivo principal la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado (21). Es importante recalcar que una escala de valoración no suple nunca un buen estudio clínico por personal capacitado, pero estos elementos deben ser considerados como elementos de ayuda para el diagnóstico y también como forma de valorar la evolución de los pacientes (18).

El desarrollo de las primeras escalas de valoración nació a la par que la psicofarmacología. Se crearon para valorar los resultados de los primeros antidepresivos (18). Hay estudios que resguardan que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática. En la actualidad, se ve un creciente consenso sobre la utilidad de su incorporación en la práctica clínica para poder monitorizar, entre otros, la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión (21).

ESCALA DE YESAVAGE

Hay una escala de valoración muy utilizada para ayudar en el diagnóstico de la depresión en el anciano, se trata de la escala de valoración Yesavage, que se centra en la población geriátrica, mostrando diferencias con los anteriores sistemas de clasificación (22).

La escala de Yesavage se usa para el cribado de depresión en personas de más de 65 años. Ha sido aprobada y usada con éxito. Existen diferentes diseños de la misma escala, la primera era un cuestionario largo de 30 preguntas, y en 1986 se creó una versión más corta, que lo resume en 15 ítems. La validez y la fiabilidad de ambas herramientas han sido respaldadas por la consulta y por la investigación clínica (17).

Para cumplimentarla se responde SI o NO respecto a cómo se han sentido la última semana. En la versión corta el tiempo que se emplea en rellenar el cuestionario es aproximadamente de 5 minutos. 10 de estas preguntas indican depresión si la respuesta es afirmativa, y las 5 restantes (los ítems 1, 5, 7, 11, 13) indican depresión si las respuestas son negativas (17). Según varios autores, la escala de Yesavage presenta riesgo de falsos positivos en población hospitalizada e institucionalizada (22). Anexo 3

Existen más escalas específicas para diagnosticar la depresión, como por ejemplo la Escala de Hamilton que es usada en pacientes previamente diagnosticados de depresión; la Escala de Goldberg para cuando coincidan depresión y ansiedad (17); y el Inventario de Depresión de Beck que se usa detectar síntomas y cuantificar la gravedad, entre otras (21).

DIAGNÓSTICO SEGÚN ETIOLOGÍA

Trastorno depresivo mayor de aparición tardía

El trastorno depresivo mayor de aparición tardía se define cuando aparece por primera vez en una persona de más de 65 años. También se incluyen los casos de personas que han sufrido depresión en etapas más tempranas de la vida que persisten y presentan agravamiento en estas etapas tardías de la vida (35). El episodio depresivo se da independientemente a las pérdidas psicosociales, y tampoco se relaciona con mecanismos adaptativos fallidos (17).

Este tipo de depresión puede estar relacionado a la depresión vascular. La depresión vascular se debe a que, con el tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y se endurecen, impidiendo así que la sangre fluya normalmente por los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Al incluir este concepto, aceptamos que existe una causa orgánica en estos casos. Cuando esto ocurre, un paciente sin antecedentes personales ni familiares puede desarrollar un cuadro de depresión (17).

Aproximadamente el 90% de los pacientes que presentan trastorno depresivo mayor de aparición tardía presentan lesiones isquémicas silentes en la sustancia blanca cerebral que se observa en las pruebas de neuroimagen, concretamente en la RMN (17).

Trastorno depresivo secundario a una enfermedad

Algunos síntomas pueden dificultar el diagnóstico de la depresión por coincidir con situaciones de otras patologías, como por ejemplo la apatía, la astenia o la disminución de apetito. A parte de esto, hay muchas enfermedades que se asocian al desarrollo de cuadros depresivos como respuesta somática. Las siguientes enfermedades pueden dar depresiones secundarias y su sintomatología muchas veces puede ser similar a la de una depresión (22):

- Enfermedades endocrinas y trastornos metabólicos: hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, diabetes, hipo e hiperparatiroidismo, hipoglucemia.

- Infecciones: víricas (gripe, hepatitis, neumonía, mononucleosis), tuberculosis, infecciones urogenitales, meningoencefalitis, neurosífilis, brucelosis, herpes zoster.
- Enfermedades reumatológicas: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, polimialgia reumática.
- Neoplasias: cáncer de páncreas, tumores digestivos, tumores cerebrales.
- Enfermedades neurológicas: enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares, demencia, hidrocefalia normotensiva, enfermedades neurodegenerativas, epilepsia.
- Cuadros carenciales: deficiencias de B12 y/o ácido fólico, desnutrición, anemia.
- Otros: Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, dolor crónico, radioterapia, diálisis (22).

También es importante detectar la presencia de varios trastornos mentales, cuya sintomatología puede confundirse o parecerse a la de la depresión:

- Angustia/ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno bipolar.
- Distimia.
- Trastornos adaptativos.
- Síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Consumo de tóxicos (20).

Las necesidades de fármacos de las personas ancianas también puede reproducir los síntomas de la depresión, y la necesidad que crean estas patologías de hacer uso de medicamentos, puede interferir a la hora de reconocer el origen de la sintomatología. Se enumera a continuación una lista de los fármacos que podrían actuar como factores de riesgo para el desarrollo de la sintomatología que coincide con la de la depresión (22):

- Psicofármacos: ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. Antipsicóticos.

- Fármacos cardiovasculares: antihipertensivos (betabloqueantes, antagonistas del calcio, tiacidas), clonidina y reserpina, digoxina, hipolipidemiantes (estatinas).
- Aparato gastrointestinal: antagonistas H2 (cimetidina, ranitidina).
- Hormonas: estrógenos, progesterona.
- Quimioterápicos: tamoxifeno, metatrexato, vincristina, vinblastina.
- Analgésicos: indometacina, naproxeno, ibuprofeno. Mórficos, opiáceos.
- Otros: corticóides, antiparkinsonianos (L-dopa), antivirales (interferón). Algunos antibióticos (22).

Está demostrado que existe una alta incidencia de depresión en pacientes con HTA, diabetes y enfermedades coronarias (17). Algunos autores, además de estas patologías, incluyen como considerable la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (5).

La prevalencia de pacientes con diabetes mellitus tipo II aumenta 2 veces más el riesgo de padecer depresión, y se presenta ansiedad hasta en un 40% de los casos. La presencia de la depresión empeora el pronóstico, aumenta el riesgo de abandono de tratamiento, disminuye la calidad de vida y aumenta la mortalidad. Además, padecer un cuadro depresivo aumenta el riesgo de desarrollar diabetes en un 60%. Esto podría explicarse por los factores ambientales que activan ambas vías. Existe un nivel socioeconómico bajo, escasa actividad física, alteraciones del sueño que pueden tener de denominador común el estrés crónico. Así, se genera una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso parasimpático, que incrementa la producción de cortisol, adrenalina y noradrenalina. Bajo estas condiciones se inicia la resistencia a insulina, obesidad visceral, hiperfagia y ansiedad (5).

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) es mayor en personas con depresión o ansiedad que en la población general. La prevalencia estimada de un cuadro depresivo en pacientes con cardiopatía isquémica oscila entre 18% y 45%. La prevalencia en pacientes con insuficiencia cardíaca varía entre 10% y 70%, y es mayor que en la población general. Además, los pacientes que sufren un cuadro depresivo presentan un riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular tras un evento cardíaco

isquémico agudo entre 2 y 4 veces mayor. Esto puede dar como consecuencia que disminuya la adherencia al tratamiento, que incremento del desarrollo de hipertensión y cambios fisiológicos en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, entre otros (5).

Respecto a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los datos de prevalencia de depresión varían. En pacientes con EPOC estable la prevalencia oscila entre un 10% y un 12%; en cambio, en pacientes con un EPOC avanzado llega hasta 30%-70%. En pacientes con EPOC y depresión o ansiedad, el riesgo de desarrollar exacerbaciones incrementa hasta en un 31%, y el incremento de la mortalidad aumenta hasta un 83% (5) En un estudio realizado por varios profesionales españoles, se observó que el 25% de los pacientes con EPOC presentan una depresión con clínica significativa, y esto trae consigo una peor calidad de vida, reducción de la capacidad de ejercicio y mayor disnea (36).

Además de estas patologías, que son consideradas las más significativas, existen otras que también debemos tener muy en cuenta. Entre otras, destacar dos: el cáncer y patologías relacionadas con los órganos de los sentidos (5).

Un tercio de los ancianos con procesos oncológicos padecen alguna alteración psicológica. En un estudio reciente se vio un aumento de anhedonia, alteraciones del sueño, dificultades en la capacidad de concentración, retardo o agitación psicomotora y pérdida de energía, que son los síntomas más relevantes en pacientes con depresión y un proceso oncológico (5).

La alteración de los órganos de los sentidos deteriora la capacidad de realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria y las relaciones interpersonales y con el entorno. Se debe valorar de forma sistemática la presencia de depresión o ansiedad en pacientes con limitaciones en órganos de los sentidos, sobre todo en la visión y audición (5).

Trastorno de adaptación secundario a modificaciones o pérdidas

Un trastorno de adaptación a situaciones vitales concretas puede ser la causa de una depresión. Como ya se ha mencionado anteriormente, en el envejecimiento existen acontecimientos vitales que pueden dar sintomatología depresiva, como son por

ejemplo la pérdida de seres queridos, las separaciones, la jubilación etc. Todos estos acontecimientos tienen unido un proceso de duelo (31).

El duelo es un proceso que es considerado como una respuesta natural a la pérdida de alguien o algo. Pangrazzi lo definió como aquella “matriz que reúne la respuesta a las separaciones ambientales, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de personas queridas” (37). Debe ser un proceso normal que cumple una función adaptativa ante una pérdida. El tiempo que dura un duelo puede variar mucho, yendo desde 6 meses a años (22), y la magnitud del duelo dependerá de la pérdida y de las características propias de las personas. La resolución del duelo aparecerá cuando se consiga el equilibrio y la aceptación de la pérdida (37).

El duelo patológico o complicado según Horowitz es aquel en el cual “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución” (37). Existen situaciones en las que el duelo debe considerarse como patológico:

- Pensamientos recurrentes de suicidio.
- Impulsos autodestructivos.
- Depresión con desesperación extrema.
- Sentimientos de culpa irresolubles (autorreproches mantenidos).
- Abuso de alcohol y/o otras sustancias.
- Aislamiento prolongado.
- Reacciones de ira.
- Abandono y negligencia personal. (22)

La depresión tiene mucho que ver con las reacciones psicológicas ante la pérdida de algo significativo y la imposibilidad de tramitar o procesar ese duelo adecuadamente. Por eso mismo es importante detectar además de los factores socio-ambientales que pueden alterar la trayectoria vital, también los factores personales porque estos pueden favorecer u obstaculizar la recuperación de los procesos depresivos (31).

Cuadro depresivo como señal de trastorno orgánico cerebral

A la hora de exponer la etiología de una depresión, hay que analizar si los síntomas puedan ser el inicio de un proceso neurodegenerativo (24). La demencia es un diagnóstico diferencial obligatorio que se debe realizar en la depresión de aparición tardía (22).

La demencia es una patología crónica y progresiva, en la cual hay múltiples alteraciones de las funciones cerebrales superiores, incluyendo memoria, pensamiento, orientación, comprensión, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. También puede ir acompañado por un deterioro del nivel emocional, del comportamiento social y la motivación. La demencia es una de las principales causas de discapacidad en la vida adulta y la primera en personas ancianas (35).

Aunque los hallazgos neuropatológicos que asocian la demencia a la depresión pueden resultar bastante variables y los estudios realizados para entender los mecanismos neurobiológicos que los relacionan son pobremente entendidos, la depresión de aparición tardía se asocia a un mayor riesgo de demencia. Existen estudios neuropatológicos *posmortem* que confirman el diagnóstico de demencia en individuos con historia clínica de depresión o episodios depresivos durante el curso de su deterioro cognitivo (35).

Los síntomas psicológicos y comportamentales son síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento y del estado de ánimo o de la conducta que se presentan hasta en un 80% de los pacientes con demencia. Estos síntomas condicionan mucho el sufrimiento, afectan a la calidad de vida del paciente y entorno, aumentan la institucionalización, los costes y la mortalidad. La *International Psychogeriatric Association* los clasifica de la siguiente manera (22):

- Alteraciones del pensamiento y la percepción (síntomas psicóticos): delirios, alucinaciones, trastorno de la identificación.
- Trastornos afectivos: depresión, ansiedad y manía.
- Alteraciones conductuales: cambios de personalidad, trastornos de comportamiento (agresividad, agitación) y deambulación errática (22).

Para distinguir una depresión de una demencia podemos ayudarnos valorando las principales diferencias en cuanto a síntomas y signos entre ambas patologías y que se recogen en la siguiente tabla (17).

DEPRESIÓN	DEMENCIA
Inicio definido, evolución rápida y corta	Inicio insidioso, evolución lenta y larga
Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo.	Quejas escasas, no hay consciencia de enfermedad
Síntomas afectivos presentes	Afecto plano, apatía
Poco esfuerzo en responder	Se esfuerza en responder, respuestas intentando disimular el déficit.
Lagunas de memoria específicas	No hay lagunas específicas de memoria

Tabla 4 creada a partir de (17)

INFRADIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión se ve dificultado si normalizamos su sintomatología física o psíquica o asumimos la presentación de la depresión como inevitable cuando se está transitando por la última etapa de la vida. No debería ser asumible que una persona por el hecho de ser anciana, presente un cuadro depresivo (31). Menos de la mitad de los pacientes con depresión son diagnosticados, y no se tiene la suficiente conciencia del impacto que tiene la depresión en la cotidianidad del día a día (18).

Existen varios factores conocidos que dificultan el diagnóstico de la depresión. El primero, como ya se ha señalado, es que muchos de los signos y síntomas pueden ser considerados erróneamente como parte del proceso normal del envejecimiento, como por ejemplo el enlentecimiento motor, disminución de la calidad de sueño y el declive cognitivo. El segundo factor que aumenta el infradiagnóstico es que la pérdida de capacidades físicas y de seres queridos se considera normal en esta fase de la vida. Estos acontecimientos pueden desencadenar episodios depresivos que se consideran normales y proporcionados a la situación tanto por el propio paciente, como por su familia y el equipo sanitario, pero en realidad no lo son. El último factor considerable es que la depresión en los ancianos puede manifestarse de forma atípica, dando sintomatología que no encontramos en otras etapas de la vida (24).

Como hemos mencionado anteriormente, la cronicidad de un trastorno depresivo es del 35% y el riesgo de recurrencia 61%. Ambas situaciones aumentan en la población de más de 65 años en comparación a los menores de 45. Estos datos podrían explicarse por la influencia que tienen otras situaciones en la vida de los pacientes como pueden ser enfermedades, incapacidad funcional y deterioro de la situación social. Es importante destacar que un diagnóstico tardío o inadecuado de la clínica depresiva aumenta la recurrencia y cronicidad de los cuadros depresivos (5).

Como se observa en la la siguiente figura, los porcentajes de visitas a psicólogos, psicoterapeutas o psiquiatras en el último año disminuye con la edad. Si un paciente no acude a consulta será más difícil saber si padece algún trastorno de salud mental como la depresión.

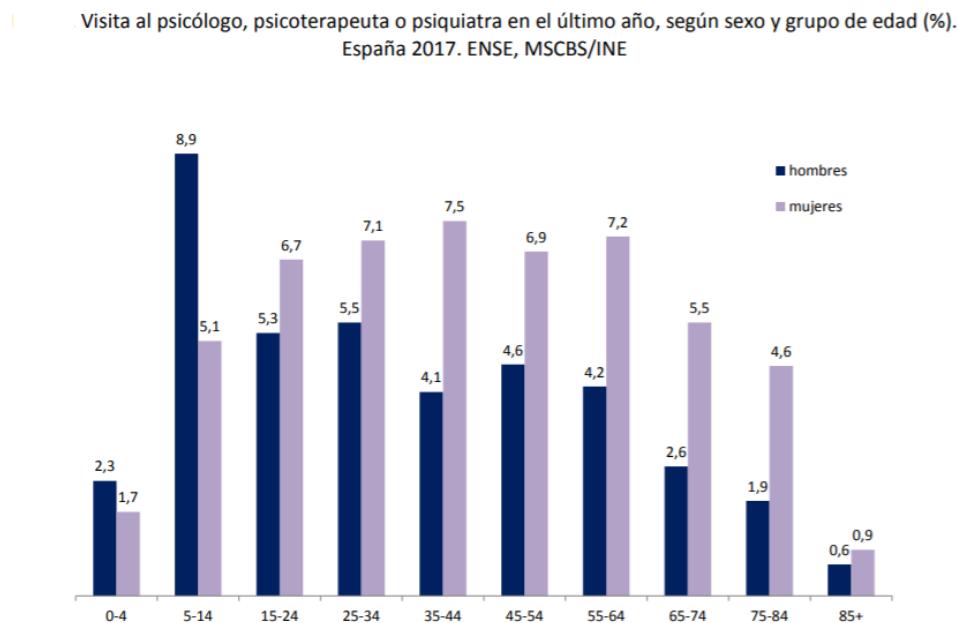


Fig. 7 fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017. Salud Mental (9).

DEPRESIÓN Y SUICIDIO

Las tasas de suicidio en España y Navarra son más bajas que en otros países europeos (10).

En la Comunidad Foral de Navarra se sostiene que el suicidio crece con la edad y que es más prevalente en hombres. En el siguiente gráfico se muestra la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas en Navarra (10).

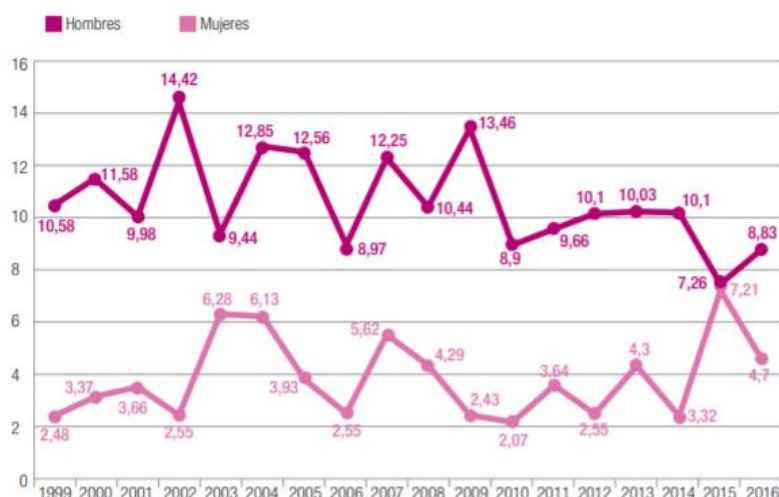


Fig. 8 fuente: Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023 (10).

El riesgo de suicidio aumenta hasta 4 veces en personas con depresión respecto a la población general, y esta cifra aumenta hasta 20 en depresiones graves. En los pacientes con depresión mayor se debe explorar la posible existencia de ideas de muerte o autolíticas y de intentos previos (20). La tasa de suicidio es casi el doble en pacientes de más de 65 años respecto a la menor de 45 años. En adultos de más de 70 años la tasa de suicidio es de 16/100.000 habitantes, y la tasa en mayores de 80 años de 22/100.000 habitantes (22).

Debemos tener en cuenta que la edad avanzada en sí, es un factor de riesgo para el suicidio; si a estas cifras le añadimos la existencia de la depresión, las cifras aumentan (24). La tentativa de suicidio es menor entre personas ancianas y los casos consumados son mayores (22). Aun así, debemos destacar que en el suicidio de las personas mayores existen factores de riesgo específicos, además de la depresión, pueden existir otras enfermedades, aislamiento social y discapacidad, que también tienen mucho

peso. Por eso mismo, algunos autores señalan que la conducta suicida puede estar ligada no tanto a la depresión en sí como a esos otros factores (25).

Estos son algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio:

- Ser varón.
- Vivir solo.
- Posibilidad para acceder al método (armas, fármacos).
- Comorbilidad física grave.
- Pérdida funcional.
- Duelo reciente.
- Consumo de alcohol.
- Enfermedad psiquiátrica, especialmente un trastorno depresivo (22).

Aunque varios autores expresen que no existen datos suficientes para afirmar que en los ancianos con depresión se dan con mayor frecuencia o intensidad las ideas de suicidio en comparación a los jóvenes con depresión, debemos tener muy en cuenta la relevancia que este problema puede tener (25).

6. DISCUSIÓN

El trabajo realizado es una búsqueda bibliográfica sobre la depresión en ancianos que pone de manifiesto varios puntos importantes a destacar.

En relación al objetivo principal que nos marcamos, hemos podido conocer más a fondo la variedad de factores de riesgo que existen.

Son múltiples los factores de riesgo que pueden afectar en la aparición de la depresión y existe gran dificultad en definir la totalidad de ellos, el conocer cómo interactúan y cuánto peso tiene cada uno de ellos. De la misma forma que un factor de riesgo puede ser la causa de una depresión, puede ser una consecuencia directa de la misma, o en algunos casos, ambas cosas.

Lo que si se conoce, es que algunos factores de riesgo parecen tener más peso que otros. Algunos autores exponen todos los factores de riesgo, sin analizar la importancia o peso de ellos. Otros autores explican que los individuos que han pasado por situaciones adversas como pérdidas o enfermedades discapacitantes o expresan soledad tienen más riesgo de padecer depresión.

En el envejecimiento pueden aparecer cambios afectivos que no tienen por qué estar relacionados con un cuadro depresivo, pero muchas veces, la sintomatología de la depresión se confunde con procesos fisiológicos y morfológicos típicos de la edad. Debemos tener en cuenta que muchos procesos que se dan, pueden considerarse factores de riesgo y que es importante saber identificar los cambios que pueden ser resultados de una enfermedad y no de la vejez.

La sintomatología de la depresión a veces se manifiesta de forma diferente o atípica en las personas ancianas. Una depresión se puede manifestar con síntomas somáticos, afectivos y cognitivos, en el anciano aumenta la ansiedad, los síntomas hipocondríacos, la repercusión funcional y la ideación suicida.

El infradiagnóstico existe, y esto trae consigo repercusiones negativas en la calidad de vida de los pacientes. Además, el no diagnosticar la depresión en la vejez precozmente

aumenta el riesgo de que los cuadros sean recurrentes o crónicos. No hay ningún síntoma patognomónico para el diagnóstico de depresión en personas ancianas.

Un cuadro depresivo puede tener diferentes etiologías, entre ellas: el trastorno depresivo mayor de aparición tardía, trastorno depresivo secundario a una enfermedad, trastorno de adaptación secundario a modificaciones o pérdidas y cuadro depresivo como señal de trastorno orgánico cerebral.

El trastorno depresivo mayor de aparición tardía tiene mucho que ver con la demencia vascular, aproximadamente en el 90% de los casos existe una causa orgánica que explica este tipo de depresión.

Respecto al trastorno depresivo secundario a una enfermedad es importante destacar que hay múltiples enfermedades que pueden originar depresiones secundarias o que su sintomatología sea similar a la de la depresión.

Un trastorno de adaptación secundario a modificaciones o pérdidas puede ser la causa de una depresión, tiene mucho que ver con la persona y las capacidades de afrontamiento que tenga. Relacionado con este tipo de depresión, es importante saber identificar y tratar un duelo patológico.

En relación a un cuadro depresivo como señal del trastorno orgánico cerebral, cabe destacar que varios procesos neurodegenerativos, como la demencia, suelen dar síntomas psicológicos y comportamentales en el que se incluyen los de los trastornos afectivos como la depresión. Esto significa que dada la similitud que puede haber en los síntomas, es necesario realizar un diagnóstico diferencial.

Desde enfermería debemos ser capaces de identificar los factores de riesgo más significantes, signos y síntomas y la etiología de la clínica depresiva. Conocer estos aspectos puede ser clave a la hora de realizar una herramienta que ayude a enfermería en el diagnóstico adecuado y precoz de la depresión en el anciano.

Debilidades

No se ha realizado ningún estudio de campo o investigación que aporte información o conclusiones nuevas sobre el tema de estudio. Es una búsqueda bibliográfica que

analiza la información existente. Y por lo tanto tampoco se ha conseguido clarificar la repercusión de cada factor de riesgo en el paciente.

El diagnóstico es difícil por muchos factores, entre otros, porque los profesionales, pacientes y familias a veces subestiman la sintomatología de la depresión.

Fortalezas

Este trabajo analiza la mayoría de información existente sobre el tema, haciendo uso de la bibliografía más pertinente. Además, pone de manifiesto la importancia que tiene identificar un cuadro depresivo en ancianos.

Aporta información útil sobre factores de riesgo, signos y síntomas y diagnóstico de depresión. Abre puertas a realizar alguna investigación más profunda sobre el tema tomando como base este trabajo.

7. CONCLUSIONES

- Debido a la alta prevalencia que tiene el trastorno depresivo en la vejez, debemos identificar y diagnosticarlo precozmente para que este grupo etario no viva sus últimos años sometidos a una mayor discapacidad producida por depresión.
- Los procesos que ocurren en el envejecimiento pueden enmascarar una depresión.
- Debemos tener en cuenta que los signos y síntomas de la depresión en personas ancianas tienen características particulares y pueden manifestarse de forma atípica en esta etapa de la vida.
- Los acontecimientos vitales que pueden asociarse a la vejez, pueden ser factores de riesgo para padecer una depresión.
- El diagnóstico puede verse dificultado por múltiples procesos.
- Debe existir una herramienta sencilla y útil que ayude a enfermería con la identificación precoz de la depresión.

8. PLAN DE ACTUACIÓN

INTRODUCCIÓN

Como ya hemos visto, la depresión en ancianos existe y es un problema de salud prevalente en la sociedad (5). En la vejez existe un aumento de la morbilidad de alteraciones funcionales, nutricionales, afectivas, cognitivas y sociales, por lo que es necesario detectar a la población vulnerable para proporcionar una atención y prevención oportuna (32).

Los problemas de salud mental no se reconocen en su total dimensión ni por el personal sanitario ni por los mismos ancianos (2). Si no diagnosticamos precozmente la depresión en ancianos, permitimos que este grupo etario viva sus últimos años dominado por la discapacidad física y mental (1). Además, el estigma que tienen las enfermedades mentales no favorece que las personas pidan ayuda (2).

Debemos plantearnos si la realización de un cribado mejora los resultados en pacientes con depresión (21). El US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda realizar la detección de la depresión siempre que el sistema sanitario garantice un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y seguimiento adecuado de los casos (20).

Por un lado, desde las instituciones sanitarias, no debemos normalizar la sintomatología física o psíquica que causa esta patología, ni asumir la presentación como inevitable en esta etapa de la vida (31). Por otro lado, sabemos que el diagnóstico es difícil por la concomitancia con otros procesos médicos y problemas funcionales, nutricionales o sociales que a veces hacen que los síntomas afectivos pasen desapercibidos o se atribuyan como procesos normales dentro del ciclo del envejecimiento (32).

Debemos recordar que la depresión en ancianos no tiene un síntoma patognomónico, y su diagnóstico supone conocimiento y tiempo, porque se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden aparecer en esta fase de la vida. Enfermería no realiza el diagnóstico, pero debe ser capaz de identificarlo y valorarlo.

Enfermería realiza una atención holística por lo que debe ser consciente de la situación y tener en cuenta esta patología a la hora de realizar una valoración de un paciente.

Para la realización de este proyecto emplearemos conceptos revisados en la búsqueda bibliográfica y nos centraremos en los factores de riesgo como arma para poder identificar a pacientes vulnerables. Trabajaremos la idea de la posible presentación de un cuadro depresivo con síntomas o formas de presentación atípicos.

Este plan de intervención que proponemos cumple con la finalidad global que propone la OMS en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, que es fomentar el bienestar mental, proporcionar atención, mejorar la recuperación y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales, entre otros. Asimismo, va acorde con varios objetivos propuestos en el Plan de la OMS, que son el de poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de salud mental y el de fortalecer los sistemas sanitarios de información, las datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (38).

En el Plan de Salud de la Comunidad Foral de Navarra de 2014-2020, un objetivo propuesto era mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud, y para su cumplimentación, se quiere lograr que al menos a un 20% de los pacientes crónicos se les haya evaluado la calidad de vida, la percepción de la salud y la existencia o no de depresión/ansiedad subclínica. Con este proyecto, conseguiríamos aumentar ese porcentaje de población valorado con presencia o no de depresión (39).

Por otra parte, dentro de este Plan de Salud, en la estrategia de prevención y atención en salud mental, se plantean la realización de programas de prevención de la depresión y el suicidio. Nuestro plan de detección precoz de la depresión en el anciano se podría incluir dentro de esos programas (39).

Tras analizar el III Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023, vemos que nuestro plan ayuda a mejorar varias debilidades identificadas en Osasunbidea. Proporcionamos un programa de promoción de salud mental y mejoramos la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental. Además, tratamos de combatir contra varias amenazas como son el escaso reconocimiento de la salud mental en el conjunto del Servicio Navarro de

Salud-Osasunbidea, escaso reconocimiento de la importancia de la salud mental por parte de la ciudadanía y contra el estigma de la enfermedad mental (10).

En el año 2019 en Navarra según el Instituto Nacional de Estadística el 19'6% de la población (128.391) fueron personas mayores de 65 años; de las cuales el 55'9% eran mujeres (71.776) y el 44'1% hombres (56.615) (7).

La red sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra se divide en 3 principales áreas, es decir, la atención está sectorizada geográficamente. En total hay 56 zonas básicas de salud, 41 en el área de salud de Pamplona, 8 en el área de salud de Estella y 7 en el área de salud de Tudela (40). Todos los ancianos mencionados tienen su centro de salud asignado. Tienen acceso y debemos aprovecharlo como punto de enlace para poder implementar nuestro proyecto y detectar precozmente casos de depresión en este grupo de edad.

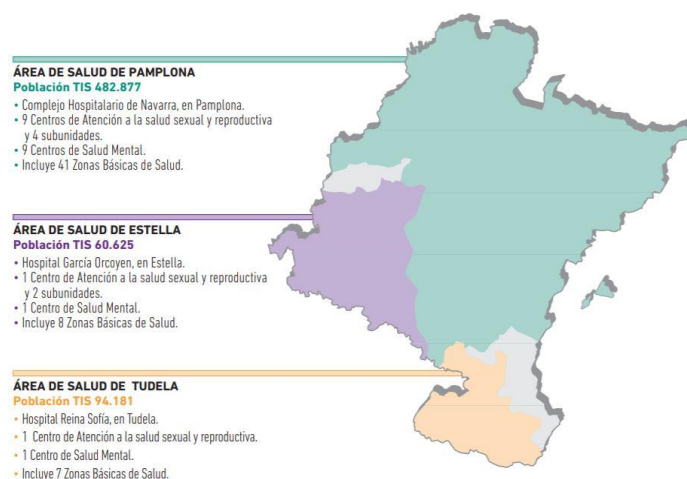


Fig. 9 fuente: Memoria de SNS-O 2018 (40).

OBJETIVO

El objetivo que nos fijamos al inicio de este proyecto era el de proporcionar herramientas a enfermería para el diagnóstico precoz de depresión en la vejez.

Para cumplimentar el objetivo principal, proponemos varios objetivos secundarios, que a su vez serán intervenciones que realizaremos para conseguir nuestro propósito

- Realizar un algoritmo de identificación de depresión en ancianos
 - Relacionado con factores de riesgo y etiología.
- Preparar hojas con preguntas clave que ayuden a conocer la situación del paciente y la escala de Yesavage.

Lo que queremos conseguir es que enfermería sea capaz de identificar a pacientes vulnerables o con factores de riesgo y sepa qué hacer. Enfermería no realiza el diagnóstico pero no debe olvidar la existencia de la depresión y la importancia de identificarla. Si conseguimos identificar estos casos tempranamente, conseguiremos que el diagnóstico se realice de forma más rápida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este plan de actuación trata de proporcionar sobre todo conocimiento y conciencia a la enfermería de las Zonas Básicas de Salud. Aun así, la intervención se realizará para que sea aplicable y útil en cualquier servicio, pero centraremos nuestra intervención en este nivel asistencial por la cercanía que tiene Atención Primaria con los pacientes y la frecuentación de estos de los centros.

Queremos recalcar que este plan defiende y promueve el trabajo en equipo y multidisciplinar entre Atención Primaria y Salud Mental, con el objetivo de mejorar la salud de los usuarios de Osasunbidea.

En estos centros se suele hacer uso de los patrones funcionales de Marjory Gordon para la realización de una valoración integral del paciente, y un cuadro depresivo tiene repercusión en mayor o menor medida en todos los patrones. La realidad es, que si realizamos una valoración en un paciente con depresión, la mayoría de patrones estarán alterados.

Nuestro propósito es hacer hincapié en la importancia de la valoración de enfermería y en el uso de escalas. Es una forma de trabajo que conocemos pero a veces no se realiza adecuadamente. La valoración completa es muy importante para detectar alteraciones y patologías, y existen algunas que su identificación puede costar un poco más, como puede ser un trastorno depresivo.

Queremos complementar el uso de la escala con la realización de una especie de algoritmo que guíe y ayude a las enfermeras en la valoración completa de los pacientes mayores de 65 años, sobre todo cuando pueda existir alguna duda con el diagnóstico de la depresión. Es un instrumento sencillo y fácil de aplicar que nos fijamos en los objetivos de este proyecto.

Para conseguir nuestro objetivo realizaremos una sesión con las enfermeras de cada Centro de Atención Primaria de Navarra. En esta sesión trabajaremos la reorganización de información y el desarrollo y entrenamiento en habilidades. Los métodos que utilizaremos serán el método de expresión, el método informativo y el método de desarrollo de habilidades.

Grupo diana

Como ya hemos dicho, nuestro objetivo era dotar de herramientas a profesionales de enfermería para el diagnóstico de depresión en ancianos, por lo que el grupo diana con el que vamos a trabajar va a ser enfermeras y enfermeros de Atención Primaria. El objetivo no es que estos profesionales diagnostiquen casos de depresión en ancianos, pero si deben ser capaces de identificar posibles casos y de orientarlos a especialistas cuya función sí sea diagnosticar y tratar la depresión mediante un trabajo multidisciplinar.

Enfocando a enfermería como grupo diana, facilitamos el objetivo final de nuestro proyecto, que es el de intervenir en el diagnóstico precoz de depresión en ancianos.

Contenidos

Explicaremos brevemente los resultados obtenidos en esta búsqueda bibliográfica y recordaremos la importancia de una valoración integral, con entrevista clínica y examen físico. Recalcaremos varios puntos específicos que pueden ayudar en la identificación.

Será una sesión en cada Centro de Salud de Navarra, donde trabajaremos brevemente el material elaborado y repasaremos conceptos básicos e importantes que se deben trabajar en consulta.

Proponemos que todas las consultas o visitas realizadas con personas mayores de 65 años se siga el mismo patrón. Este patrón estará explicado en el algoritmo que hemos realizado. Todas las intervenciones empezarán igual y dependiendo de las respuestas del paciente seguirá un camino u otro. Se realizarán un par de preguntas para conocer el estado anímico y emocional del paciente muy por encima. Después pasaremos la escala de Yesavage, y si el resultado de esta nos muestra una depresión leve (puntuación del 6 al 9) seguiremos con el algoritmo. Nuestra intención es saber qué hacer con cada paciente, cuándo y a dónde derivar, mediante una propuesta realizada a los compañeros del centro.

Insistiremos en el uso de la escala de Yesavage como instrumento o herramienta de cribado para aumentar una detección precoz de la depresión. Hemos elegido la versión

de 15 ítems de la escala por la facilidad de aplicación que tiene y porque ha sido validada por su fiabilidad. Si el resultado de la escala es una depresión leve seguiríamos con el algoritmo.

El algoritmo que hemos realizado relaciona la etiología y los factores de riesgo. Esto no sustituye ni a una escala ni a una entrevista clínica, pero queremos que sirva como guía en la entrevista y sobre todo saber qué hacer con los casos que puedan no estar claros. Esta herramienta valorará y analizará puntos clave que se han obtenido y trabajado en la búsqueda bibliográfica realizada con anterioridad.

En Resumen, recordaremos los factores de riesgo y signos y síntomas de la patología de la depresión en ancianos, recalcaremos la importancia de una valoración de enfermería completa y el uso de las escalas y explicaremos de una forma sencilla el material que tenemos preparado y el entrenamiento de su uso.

Desarrollo

Como ya hemos comentado, se realizará una misma sesión en cada centro de Atención Primaria, la cual estará dirigida a los profesionales de enfermería y el objetivo será dotar a este grupo diana de herramientas para la identificación de posibles casos de trastornos depresivos.

Será realizada en estos centros por la cercanía que tiene con los pacientes pero también con otros centros que necesita de su servicio, como las residencias de ancianos. Las residencias de ancianos son centros donde la totalidad de las personas que hacen uso de ellas son mayores de 65 años.

No debemos olvidar este sector sanitario por la cercanía y la importancia que tienen en el cuidado de las personas ancianas, física, mental y socialmente. Por eso, queremos que las enfermeras que de los centros de salud que actúen en las residencias de pequeño tamaño implanten nuestra propuesta no sólo en los centros de salud sino también en las residencias en las que realicen valoraciones y cuidados.

La metodología será bidireccional, directa y participativa.

Metodología de la sesión

ACTIVIDAD	TÉCNICA	TIEMPO	DESARROLLO Y MATERIALES
Presentación del docente, el tema que se trabajará y la organización de la sesión	Presentación	5 minutos	-
Qué saben sobre el trastorno depresivo en el anciano. Informar sobre el tema.	Lección participada	20 minutos	Pregunta Presentación Power Point.
Exponer algoritmo y escala Yesavage y valoración completa de enfermería	Exposición	15 minutos	Hojas con algoritmo Hojas con escala
Entender el uso del algoritmo	Demostración con entrenamiento	5 minutos	-
Dudas, reparto de copias del material	Preguntas	5 minutos	Copias del material que proporcionaremos
Reflexión de la sesión Despedida	Cierre	5 minutos	-

Tabla 4: elaboración propia

Al inicio de la sesión se presentará brevemente el profesional sanitario de enfermería, el tema que se trabajará y la organización que seguirá la sesión. (5 minutos).

Posteriormente, mediante el método expositivo y la técnica de lección participada, vamos a saber qué saben sobre la depresión, y qué realizan en consulta y en las visitas. Para ello, preguntaremos:

- “¿Qué sabéis sobre la depresión en ancianos?”

- “¿Creéis que hay casos sin diagnosticar?”
- “¿Percibís alguna diferencia entre la depresión que puede presentar una persona de 40 años y una de 70? ¿Cuál?”
- “¿Realizáis interconsultas a salud mental en el centro?”

Dedicaremos aproximadamente 10 minutos a estas preguntas, y a continuación expondremos un breve Power Point (Material 1→ [Anexo 4](#)) que analizará el concepto de la depresión en ancianos, los signos y síntomas, y los factores de riesgo. Esta presentación durará 10 minutos.

A continuación, mediante la técnica de exposición, trataremos la importancia de una valoración integral de enfermería y repartiremos unas hoja a cada participante (Material 2 y Material 3→ [Anexos 5 y 6](#)). En estas hojas tendremos un algoritmo de elaboración propia y unas preguntas sencillas que se pueden aplicar a cualquier paciente, además de la escala de Yesavage con explicación incluida. Durará 15 minutos y nuestra intención con esta exposición y con el material repartido es enfatizar la importancia de la valoración de enfermería y que los participantes tengan una base o estructura en la que apoyarse en las consultas.

Lo que queremos conseguir es entregar una estructura útil de trabajo que facilite el trato de pacientes con depresión o posibles pacientes con depresión. La valoración de esta patología empezará con unas preguntas sencillas (en Material 2) que nos darán pistas sobre el estado anímico del paciente. La mayoría de veces serán datos imprecisos pero que nos darán una primera impresión sobre el paciente. Ante la mínima sospecha o que el paciente no exprese plena satisfacción con su vida y su situación, se procederá a pasar la escala de Yesavage (Material 2). Esta escala tiene 3 variantes. La puntuación 0-5 no hay depresión, puntuación 6-9 depresión leve, puntuación 10-15 depresión establecida. Los resultados obtenidos nos dirigirán:

- Puntuación 0-5: no hay depresión. Volver a valorar en 3 meses.
- Puntuación 6-9: depresión leve. Debemos analizar mejor la situación del paciente. Para ello usaremos el algoritmo.
- Puntuación 10-15: depresión establecida. Se derivará a una consulta de salud mental.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN → DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

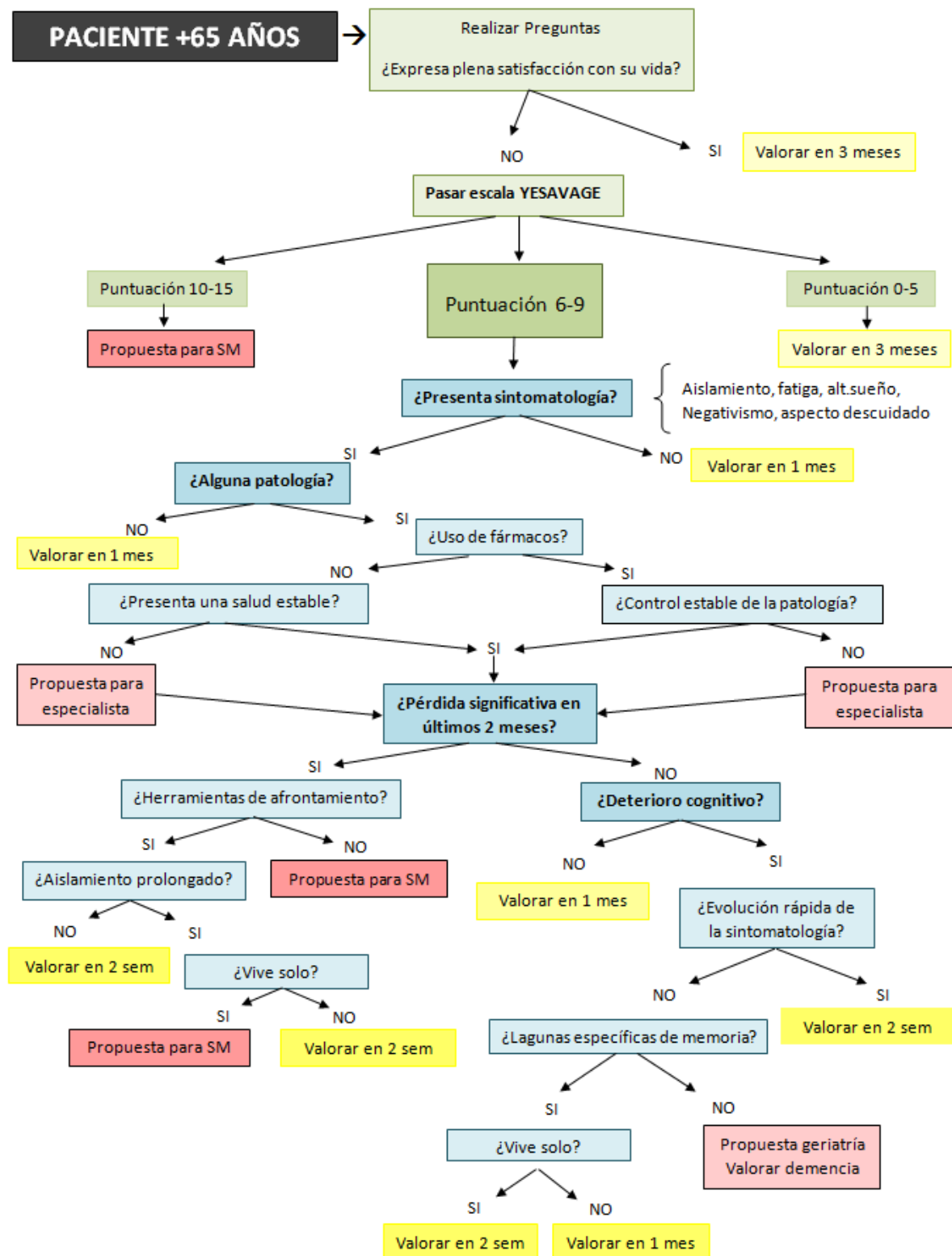


Fig. 10 fuente: elaboración propia

Tras repartir el Material 2-3 y explicarlo, se realizará una demostración con entrenamiento para entender el funcionamiento del algoritmo. Esto no durará más de 5 minutos.

Para cerrar la sesión, preguntaremos si existe alguna duda y también sobre el grado de satisfacción y sugerencias o aportaciones que les gustaría hacer. Finalizamos con un breve resumen y con la despedida.

La sesión es de aproximadamente una hora, y se repetirá en 56 Centros de Atención Primaria. Se realizarán unas 3- 4 sesiones al día, dependiendo de la disponibilidad de los centros y profesionales; así, terminarán el trabajo en 3 semanas aproximadamente.

Considero que puede ser interesante realizar este programa en invierno del 2020. Debido a las circunstancias que se han vivido a nivel global en relación al coronavirus, el aislamiento ha aumentado mucho y ya hemos visto las repercusiones que puede tener en la salud mental de la población (30). Lo ideal sería realizarlo lo antes posible, pero somos muy conscientes de la situación que se vive, y consideramos de mayor importancia solucionar los problemas de salud que existen ahora en relación a este virus y que la sanidad recupere la normalidad. También es importante tener en cuenta que todos los profesionales de salud han estado muchos meses expuestos a unas exigencias laborales enormes y no consideramos oportuno que este programa se implemente antes de que la sanidad vuelva a la situación que tenía antes de la presencia del coronavirus porque en parte, aumenta la carga de las enfermeras. Por todo esto, consideramos oportuno esperar a finales de año, con posibilidad de retrasarlo más si las condiciones en sanidad no lo permitiesen aún.

El o la docente que realice la sesión puede ser una enfermera especializada en salud mental por la familiaridad de la patología y el amplio conocimiento en ella.

Como hemos comentado con anterioridad, esta sesión se realizará en las 56 zonas básicas de salud, en alguna sala o consulta que se encuentre disponible. Tendrá que estar dotada de espacio y un ordenador con proyector.

Al tratarse de una sesión sencilla y breve, los recursos materiales que necesitaremos no son muchos:

- Recursos que nos deben proporcionar: espacio con sillas y proyector.
- Recursos que debemos proporcionar: ordenador, USB con la presentación Power Point sobre la depresión en ancianos y fotocopias de:
 - Hojas con algoritmo y preguntas.
 - Hojas con escala de Yesavage.

Evaluación

Sabemos que existe infradiagnóstico en la depresión de personas de más de 65 años, y con este plan queremos conseguir que el número de diagnosticados aumente.

La evaluación se realizará al final de la sesión por los participantes que la han recibido. Preguntaremos:

- “¿Creéis que ha sido útil?”
- “¿Creéis que habéis aprendido algo?”

Además, volveremos a los 4 meses con un pequeño cuestionario (Material 4) para que cumplimenten los profesionales de enfermería que recibieron la sesión sobre la depresión en ancianos. En este cuestionario se valorarán diferentes aspectos como por ejemplo si ha servido para aumentar el conocimiento respecto al tema, si se considera útil e importante, si el algoritmo cumple su funcionalidad y si se implementa el plan entre otras cosas. También tiene un apartado donde los participantes podrán realizar alguna sugerencia o comentario. ([Anexo 7](#))

El próximo año de realizar el plan se analizarán y compararán los datos de prevalencia de la depresión en personas mayores de 65 años.

Se analizarán los datos de prevalencia de depresión en personas mayores de 65 años en la Memoria de SNS-O del año siguiente a la implantación. También puede ser interesante comparar los datos de salud percibida de los pacientes antes y después de la implantación del programa propuesto.

En caso de que la evolución de esta propuesta sea efectiva y útil, se quiere proponer la implementación del mismo en residencias de ancianos de mayor tamaño.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PLAN

Es importante porque recalcamos la importancia que tiene esta patología y también la valoración completa de enfermería que permite realizar este proyecto. Proporciona una herramienta sencilla y útil que guía la consulta facilitando el trabajo de consulta.

Una de las debilidades que puede tener el plan, es que pretende abarcar todos los centros de Atención Primaria de Navarra. Es un plan ambicioso pero puede tener el riesgo de que pueda resultar de difícil cumplimentación; aun así, al tratarse de una intervención sencilla de una hora aproximadamente en cada centro, consideramos que puede realizarse.

No supone un gasto económico elevado ni es una intervención complicada de llevar a cabo. Además, se puede adaptar a cualquier servicio que atienda a pacientes mayores de 65 años. Cabe recalcar que trabaja con una complicación que puede dar la situación que vivimos hoy en día con el coronavirus. Ahora estamos enfocados en tratar la patología aguda que este virus supone, pero tendremos que estar preparados para tratar las patologías que aparecerán como complicación, y este proyecto está preparado para tratar una de ellas: la depresión.

Como innovación tenemos el algoritmo de elaboración propia, que se trata de un sistema de trabajo útil y sencillo que ayudará en la detección precoz de la depresión en personas mayores de 65 años, y mejorará así su calidad de vida esta última etapa.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS PERTINENTES

Los autores Tom Beauchamp y James Childress en su obra llamada *Principles of Biomedical Ethics* plantean cuatro principios básicos de la bioética que se aplican en investigaciones de salud: principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Respecto al principio de autonomía, dotamos a enfermería con herramientas que les capacitará en la toma de decisiones personales, ya que aumenta los conocimientos sobre el trastorno depresivo, y trabaja el papel que tiene enfermería en la identificación y en el diagnóstico.

Relacionado con los principios de beneficencia y no maleficencia, nuestro proyecto tiene como finalidad mejorar el estado de salud y conseguir el nivel óptimo de salud de las personas mayores de 65 años de Navarra, disminuyendo así el daño que puede causar esta patología cuando no es adecuadamente valorada y tratada. Además, este proyecto no utilizará pruebas diagnósticas que puedan tener efectos perjudiciales o negativos en la salud de las personas.

Por último, en cuanto al principio de justicia, queremos conseguir la equidad en condiciones de salud de todas las personas mayores de Navarra. Además de ser accesible para todos los ancianos residentes en la Comunidad Foral de Navarra, tratando esta patología obtendremos la misma consideración y respeto, lo que aumentará los niveles de igualdad entre los ancianos.

10. AGRADECIMIENTOS

Gracias a toda la gente que ha hecho posible este trabajo y colaborado para que mejorase.

Ama, aita, me dirijo a vosotros para deciros que habéis sido mi pilar en este trabajo, pero que también lo sois en mi vida. Gracias.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Envejecimiento. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. La salud mental y los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado 2 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
3. Depresión. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020 [citado 2 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Celida Rosario Romero Veladez, María Elena Flores Villavicencio. Síntomas depresivos en adultos mayores con depresión. Psiquiatría.com [internet] 2019 [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/sintomas-depresivos-en-adultos-mayores-con-depresion/>
5. Guía de buena práctica clínica de geriatría. Depresión en las personas mayores. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2017 [citado 3 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Depresion.pdf
6. Instituto Estadística de Navarra [Internet]. [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/InformacionEstadistica.aspx?R=1&E=8>
7. Población por provincias, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. INE [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/&file=03002.px#!tabs-tabla>

8. Esperanza de Vida al Nacimiento por provincia, según sexo. INE [Internet]. [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1485#!tabs-tabla>
9. Encuesta Nacional de Salud, España 2017. Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. 2017 [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
10. Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023. navarra.es [Internet] [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en:
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plansaludmental_2019-23-navegable.pdf
11. Rodrigues CYDS. Envejecimiento: Evaluación e interpretación psicológica [Internet]. México: El Manual Moderno; 2017 [citado 14 de abril de 2020]. 174 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=drhZDwAAQBAJ>
12. Bermejo García L. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: guía de buenas prácticas [Internet]. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2010 [citado 14 de abril de 2020]. 356 p. Disponible en:
https://books.google.es/books?id=2-Cu_FYUQvwC
13. Saucedo MM, Rosas RE, Gutiérrez EC, Gutiérrez BA, Rueda MCA, Monge AIB, et al. Vejez y envejecimiento [Internet]. Guadalajara: ITESO; 2019 [citado 14 de abril de 2020]. 271 p. Disponible en:
https://books.google.es/books?id=ZUqfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
14. Felipe Salech, Rafael Jara, Luis Michea. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. MED. CLIN. CONDES [Internet]. 2012 [citado 17 de marzo de 2020]. 23(1):19-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

[medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699](#)

15. Runzer-Colmenares FM, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Díaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horizonte Médico Lima [Internet]. 2017; 17(3):50-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300009
16. González-Rodríguez R. Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index Enferm [Internet]. 2017 [citado 1 de febrero de 2020]; 26(3):170-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. González Molejón JA, Valdés Álvarez M, Iglesias Ruisanchez S, García Álvarez MA, González Bello D. La Depresión En El Anciano. NPunto [Internet]. 2018 [citado 2 de marzo de 2020]; 50(50):1-50. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
18. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su detección | NURE Investigación [Internet]. 2017 [citado 1 de febrero de 2020]; 14:(89) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6278363.pdf>
19. King MV, Cáceres JAG, Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev. Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2017 [citado 26 de marzo de 2020]. 33(4): 1-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79089>
20. Louro González A, Atienza Merino G, Triñanes Pego Y, Álvarez Ariza M, González García A. Guía clínica de Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. Fistera [Internet]. 2019 [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/depresion-adulto/>

21. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2014 [citado 10 de abril de 2020]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
22. de la Puente Rodríguez EMF, Galindo RB, de Landázuri JGO, Pueyo JO. Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2018; [citado 4 de abril de 2020]. 12(62):3637-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302014>
23. Veltman E, Kok A, Lamers F, Stek M, van der Mast R, Rhebergen D. Stability and transition of depression subtypes in late life. J Affect Disord [Internet]. 2020 [citado 10 de abril de 2020]; 265:445-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271931746X>
24. Cabello de Alba SM, Catalina Zamora ML. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2019 [citado 19 de marzo de 2020].;12(84):4947-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302021>
25. CONSENSO sobre la DEPRESION en el ANCIANO. Sociedad Española de Psicogeriatría [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1qjCl3VyxFgCWu4_YdCIX5kOLWayo6Jz8/view
26. Torre-Luque A de la, Fuente J de la, Sanchez-Niubo A, Caballero FF, Prina M, Muniz-Terrera G, et al. Stability of clinically relevant depression symptoms in old-age across 11 cohorts: a multi-state study. Acta Psychiatr Scand [Internet] 2019 [citado 16 de marzo de 2020];140(6):541-51. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13107>
27. Campos L, Lasterra M, Taberna F. Personas mayores en Pamplona Claves para un diagnóstico social. Pamplona: Inpactos [Internet]. 2017 [citado 19 de marzo de 2020].

- 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2017/11/Personas-mayores-en-Pamplona..-Informe-Final-1.pdf>
28. Quiroz COA, Quintana JT, Flores RG, Castro SBE, García JJV, Rubio LR. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicol y Salud*. [Internet]. 2017 [citado 2 de marzo de 2020] ;27(2):179-88. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>
29. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N , Jakovljevic I. COVID-19 Pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2020].;32(1):6-14. Disponible en: http://www.psychiatra-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_6.pdf
30. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 2020;395(10227):912-20. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30460-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30460-8.pdf)
31. Depresión y envejecimiento: Complejidades del diagnóstico y abordaje (Caso clínico). *Rev. Neurama* [Internet]. 2017 [citado 17 de marzo de 2020]; 4: 45-49. Disponible en: <http://46.29.49.21/~creanete/neu/articulos/7/neuramavol4.pdf#page=45>
32. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2015 [citado 14 de abril de 2020]; 47(10):616-25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-riesgo-depresion-personas-75-anos-S0212656714004211>
33. Pacheco Halas MN, Alfaro Urquiola AL. Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides Ratio - Rev Difus Cult*

- Científica Univ Salle En Boliv [Internet]. 2018 [citado 14 de abril de 2020]; 15(15):15-28. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Cardona MS. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. 2017[citado 10 de abril de 2020];37. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
35. Pineda Isaza A, Rendón Toro JC, Toro Trujillo E, Gómez Montes JF. Depresión de aparición tardía y su relación con la demencia vascular en el anciano. Medicas UIS [Internet]. 2014 [citado 14 de abril de 2020]; 27(2):51-8. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192014000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
36. Martinez Rivera C, Costan Galicia J, Alcázar Navarrete B, Garcia-Polo C, Ruiz Iturriaga LA, Herrejón A, et al. Factors Associated with Depression in COPD: A Multicenter Study. Lung [Internet]. 2016 [citado 1 de abril de 2020]; 194(3):335-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26932809>
37. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. An Fac Med [Internet]. 2019 [citado 3 de abril de 2020]; 80(1):86-91. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832019000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Plan de Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 14 de abril de 2020]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=3F4520C655991A3347EA276965552F91?sequence=1

39. Servicio Navarro de Salud. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. navarra.es [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>
40. Servicio Navarro de Salud. Memoria del SNS-O 2018 - navarra.es [Internet]. [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/Ano+2018/Memoria+del+SNS-O+2018.htm

12. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual– Empeoramiento matutino del humor depresivo– Presencia de enlentecimiento motor o agitación– Pérdida marcada del apetito– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes– Notable disminución del interés sexual

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (21).

ANEXO 2

Tabla. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. <ul style="list-style-type: none">• (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.• (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)• (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días• (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.• (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (21).

ANEXO 3

Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida).

		Sí	No
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa sin salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total_____			
<i>Interpretación:</i> 0 a 5 normal 6 a 9: depresión leve > 10: depresión establecida			
Adaptado de Sheikh JI, Yesavage JA. <i>Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version</i> . In: Brink TL, eds. <i>Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention</i> . New York: Haworth, 1986.			

Fuente: Depresión en el Anciano. Tratamiento de la depresión en el anciano. NPunto (17)

ANEXO 4 → Material 1

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Ainhoa Cabrerizo

ÍNDICE

- Introducción
 - Envejecimiento
 - Depresión
- Factores de riesgo
- Presentación
- Diagnóstico
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

ENVEJECIMIENTO → Acumulación de daños { Moleculares
Celulares

- ↑ de la población anciana.
- Transiciones vitales
 - ↓ capacidades físicas y mentales
 - Jubilación
 - Muerte de amigos/pareja
- 20% de personas +60 años sufre algún trastorno mental → demencia y depresión

INTRODUCCIÓN

- **DEPRESIÓN** → alt. estado de ánimo y del afecto
- ↑ morbilidad, mortalidad e impacto económico
- ↑ prevalencia en personas +65 años.
- En ancianos:
 - **INFRADIAGNÓSTICO** { • S/S considerados partes del proceso del envejecimiento.
• Acontecimientos vitales y respuestas consideradas erróneamente normales.
• Presentación atípica en ancianos.
• Estigma de trastornos mentales

INTRODUCCIÓN

Enfermería identificar pacientes vulnerables y posibles casos de depresión

No podemos permitir que las personas ancianas vivan sus últimos años dominados por la discapacidad

FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES

- **BIOLÓGICOS**
 - ↓ serotonina, dopamina, noradrenalina
 - Cambios endocrinos
 - Enfermedades cardíacas
- **PSICOLÓGICOS**
 - Personalidad dependiente, negativa, narcisista
- **SOCIALES**
 - Soledad y aislamiento
 - ↓ nivel económico
 - Pérdidas, duelo
 - Consumo tabaco/alcohol,
 - Experiencias de discriminación

FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES

- Acontecimientos vitales estresantes
 - Pérdida de seres queridos
 - Separaciones
 - Pérdida de funcionalidad
 - Mudanzas

Todos los acontecimientos tienen una **adaptación**

FORMAS DE PRESENTACIÓN FRECUENTES EN EL ANCIANO

- Deterioro cognitivo
- Acentuación de la patología previa
- Trastorno de conducta
- Síntomas psicóticos
- Trastornos del comportamiento
- Síntomas somáticos
- Deterioro del cuidado personal
- Tendencia al aislamiento

DIAGNÓSTICO

- Entrevista
 - Datos observacionales
 - Exploración del estado mental
 - Exploración clínica
- Exploración
 - Clínica
 - Neuropsicológica
- Examen físico

INTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ESCALAS

- Objetivo → evaluación sintomática
- Elemento de ayuda
 - No supe un estudio clínico, complementa

ESCALA DE YESAVAGE

- Para cribado de depresión en +65 años

CONCLUSIONES

- Depresión: ↑ prevalencia
 - Importancia de identificarlo y diagnosticarlo
- Acontecimientos vitales posibles factores de riesgo
- Signos y síntomas peculiares en la vejez
- Diagnóstico dificultado por múltiples procesos

GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN

ANEXO 5→ Material 2

Preguntas

- “En el último mes, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado?”
- “En el último mes, ¿ha sentido poco interés o has disfrutado poco haciendo las cosas?”

Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida).

		Sí	No
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa sin salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total _____			
<i>Interpretación:</i> 0 a 5 normal 6 a 9: depresión leve > 10: depresión establecida			
Adaptado de Sheikh JI, Yesavage JA. <i>Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version</i> . In: Brink TL, eds. <i>Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention</i> . New York: Haworth, 1986.			

Fuente: Depresión en el Anciano. Tratamiento de la depresión en el anciano. NPunto (17)

ALGORITMO DE ACTUACIÓN → DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

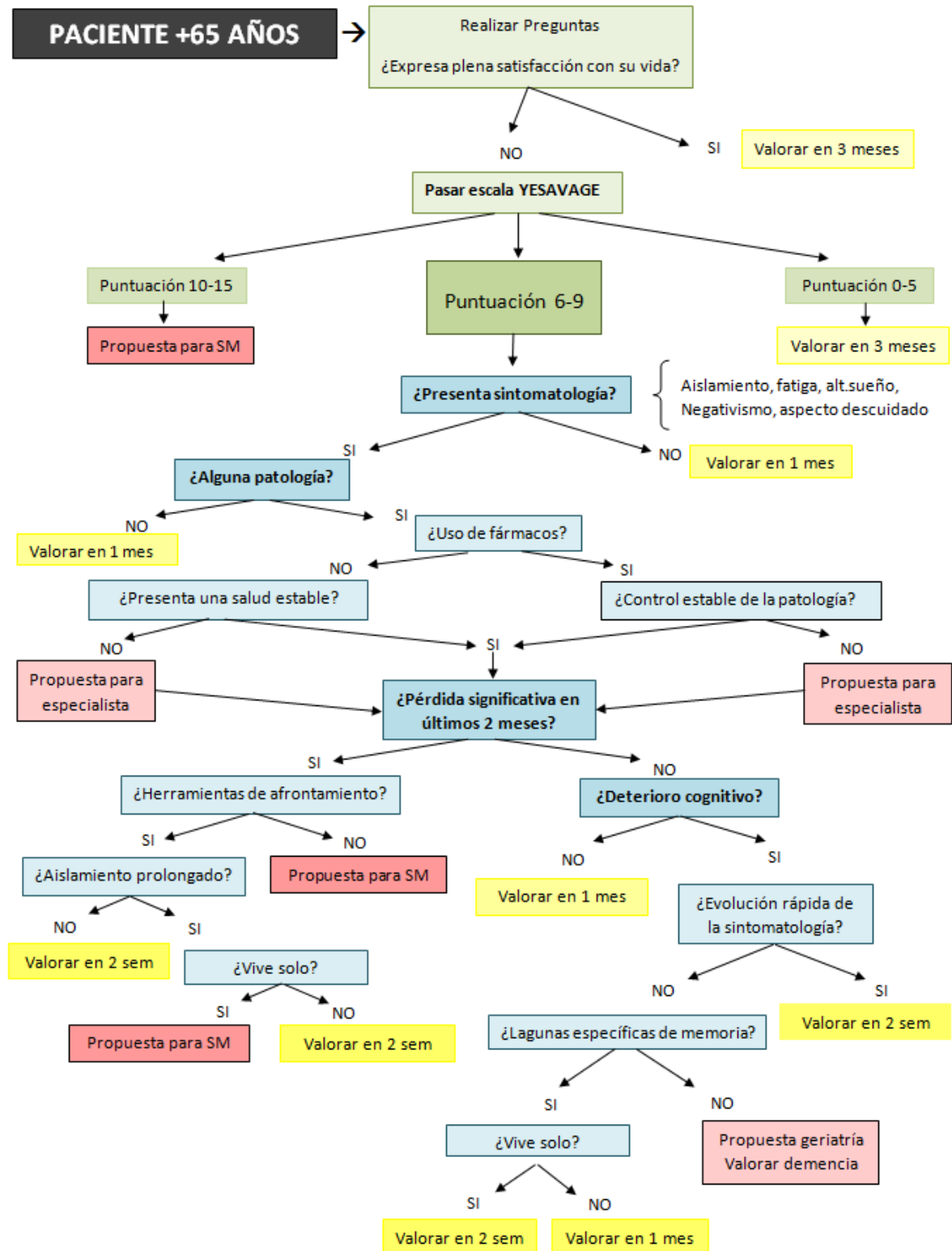


Fig. 10 fuente: elaboración propia

ANEXO 7→Material 4

Es una valoración totalmente anónima y su uso será exclusivo para valorar la utilidad y efectividad de la sesión sobre depresión en ancianos.

Teniendo en cuenta:

- 1: no estoy nada de acuerdo.
- 2: no estoy muy de acuerdo.
- 3: ni de acuerdo ni desacuerdo.
- 4: estoy bastante de acuerdo.
- 5: estoy muy de acuerdo.

Puntúa los siguientes apartados en relación a la sesión que recibiste hace aproximadamente 4 meses sobre la depresión en ancianos.

Aspecto a valorar	Valoración
En la sesión aprendí cosas que no sabía	
Los conocimientos obtenidos fueron interesantes	
Los conocimientos obtenidos fueron útiles	
Considero importante la detección precoz de depresión en ancianos	
Ahora me dijo más en una posible depresión en ancianos	
Considero útil el algoritmo proporcionado	
Ha aumentado la coordinación con Salud Mental	

Siendo 1 la puntuación más baja y 10 la más alta, valora:

Aspecto a valorar	Nota
La sesión	
El material proporcionado	
La comunicación de los docentes	

Para finalizar, ¿considera que podemos mejorarlo de alguna manera? ¿Cambiaría algo?
¿Alguna recomendación? ¿Algo que no le haya gustado?

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por la colaboración.

Fuente: elaboración propia